

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

Technische Universität Berlin

Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise

Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020
Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

30. April 2021





Impressum

Herausgeber:

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

Hohenzollernstraße 1–3 | 45128 Essen, Germany

Postanschrift:

Postfach 10 30 54 | 45030 Essen, Germany

Fon: +49 201-81 49-0 | E-Mail: rwi@rwi-essen.de
www.rwi-essen.de

RWI Projektbericht

Schriftleitung: Prof. Dr. Dr. h.c. Christoph M. Schmidt

Gestaltung: Daniela Schwindt, Magdalena Franke, Claudia Lohkamp

Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und
zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise

– Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

30. April 2021

Projektteam

Prof. Dr. Boris Augurzky (RWI/Leiter), Prof. Dr. Reinhard Busse (TU Berlin/Leiter), Alexander Haering (RWI), Dr. Ulrike Nimptsch (TU Berlin), Dr. Adam Pilny (RWI) und Anna Werbeck (RWI)

Das Projektteam dankt Claudia Lohkamp für die Unterstützung bei der Erstellung dieses Berichtes.

Projektbericht

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

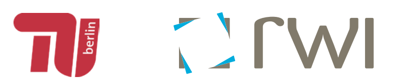
Technische Universität Berlin

Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise

Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

30. April 2021



Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der Tabellen und Schaubilder

0 Zusammenfassung

Dieser Bericht untersucht die Folgen der Covid-19-Pandemie auf das **Leistungsgeschehen** der Krankenhäuser für den Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2020. Er untersucht außerdem, ob die seit dem 16. März 2020 geltenden Ausgleichszahlungen die **Erlösminderungen** der Krankenhäuser aufgrund des Rückgangs der Leistungsmenge ausgleichen konnten. Nicht untersucht wird, ob und wie sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser im Jahr 2020 insgesamt verändert hat. Zuvor wurden bereits in zwei Berichten die Zeiträume bis einschließlich 31. Mai 2020 bzw. bis zum 30. September 2020 ausgewertet. In dem vorliegenden dritten Bericht stellen wir Analysen für das gesamte Jahr 2020 vor. Die Analysen basieren auf krankenhausindividuellen Struktur- und Leistungsdaten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für die Jahre 2018 bis 2020. Da die Gesamtjahresdaten verlässlicher als die unterjährigen Daten sind, kommt es auch rückwirkend zu Abweichungen zu den Ergebnissen aus den ersten beiden Berichten.

0.1 Verändertes Leistungsgeschehen

Im betrachteten Zeitraum 2020 gab es in Deutschland seit Beginn der COVID-19-Pandemie Mitte März durchgehend weniger stationäre Fälle, und zwar im Zeitraum bis Ende Mai um ca. -30% und ab dann – einschließlich des Zeitraums der zweiten Welle – um -10%. Über das Jahr gesehen beläuft sich das Minus auf 13%, d.h. ohne Berücksichtigung der ersten zehn COVID-19-freien Wochen auf ca. -16%. Da die durchschnittliche Verweildauer nur minimal stieg, sanken auch die Verweildauertage um -12%. Im Resultat sank die Bettenauslastung auf ein Allzeittiefpunkt von 67,3% (und 68,6% auf den Intensivstationen). Dies berücksichtigt bereits die Versorgung der COVID-19-Patienten[1], für deren stationäre Versorgung im Jahresschnitt unter Berücksichtigung der Überlieger 2% aller Betten und knapp 4% der Intensivbetten benötigt wurden, natürlich mit zeitlichen und geographischen Spitzen.

Der Rückgang der Fallzahlen war bei den elektiven Operationen durchaus erwünscht. Diese erklären allerdings nur einen Bruchteil des Rückgangs und erreichten schon bald wieder ein höheres Niveau. Bei Hüft- und Kniegelenks-Implantationen war sogar ein kleiner Nachholeffekt zu beobachten. Für viele andere Krankheitsbilder war der Rückgang in diesem Ausmaß jedoch unerwartet, zum Beispiel bei Herzinfarkten, Schlaganfällen oder Krebsbehandlungen. Mögliche negative Wirkungen daraus wurden in Öffentlichkeit und Politik diskutiert.

Bei praktisch allen Diagnosen, bei denen die vorliegenden Routinedaten eine Einteilung in „dringend“ und „weniger dringend“ bzw. „vermeidbar“ erlauben, zeigt sich, dass der Leistungsrückgang hinsichtlich seiner Höhe und Dauer bei ersteren wesentlich weniger ausgeprägt war als bei Letzteren. Insbesondere bei den ambulant-sensitiven Indikationen ist ein über das Jahr bleibender Einbruch zu verzeichnen. Das verdeutlicht, dass das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten eine deutlich größere Rolle als die aktive Absage von Behandlungen durch die Krankenhäuser gespielt hat.

Der Rückgang der Fallzahlen (-14%) und insbesondere der Verweildauertage (-15%) war besonders ausgeprägt in den über 900 Krankenhäusern mit weniger als 300 Betten, deren Betten nur noch zu 62,1% ausgelastet waren. Auch die intensivmedizinische Behandlung ging in diesen Krankenhäusern zurück; zugleich spielten sie bei der COVID-19-Versorgung mit 27% der stationären

[1] *Die im Gutachten gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf alle Geschlechter.*

Fälle und 24% der intensivmedizinisch behandelten Fälle nur eine kleine Rolle – die bei Berücksichtigung des hohen Anteils wegverlegter Fälle noch geringer ist als die reinen Fallzahlen suggerieren. In Anbetracht des hohen Anteils wegverlegter Fälle wäre eine weitergehende Untersuchung zur daraus resultierenden Versorgungsqualität wünschenswert. Hier könnte beispielsweise untersucht werden, ob in Regionen mit eindeutig definierten Versorgungskaskaden eine zielgerichtete Patientensteuerung erfolgt ist.

0.2 Erlösminderungen und Ausgleichszahlungen

Insgesamt wurden laut Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bis zum 31. Dezember 2020 rund 10,2 Mrd. Euro für die Einnahmeausfälle der Krankenhäuser in Form von Ausgleichszahlungen ausgezahlt.[2] Über das Jahr 2020 hinweg wurden die Auszahlungsregime der Ausgleichszahlungen mehrfach geändert. Bis zum 12. Juli 2020 wurde eine einheitliche Ausgleichszahlung von 560 Euro je gegenüber 2019 zusätzlich freiem Bett und Tag („Fehltage“) ausgezahlt, die ab dem 13. Juli 2020 bis zum 30. September 2020 durch gestaffelte Pauschalen ersetzt wurden (280, 360, 460, 560, 660 oder 760 Euro).[3] Für den Zeitraum zwischen dem 01. Oktober und dem 17. November 2020 wurden keinerlei Ausgleichszahlungen zur Verfügung gestellt. Ab dem 18. November 2020 wurde die Gewährung von Ausgleichszahlungen in Höhe der gestaffelten Pauschalen krankenhausindividuell anhand folgender Zielkriterien durch die zuständigen Landesbehörden entschieden: die 7-Tage-Inzidenz nachgewiesener Covid-19-Fälle im Landkreis, die Notfallstufe der Krankenhäuser sowie die Kapazität der freien betreibbaren Intensivbetten. Nach unseren Berechnungen entfielen für das Jahr 2020 etwa 8,4 Mrd. Euro (82,5%) Ausgleichszahlungen auf die somatischen Kliniken und rund 1,8 Mrd. Euro (17,5%) auf die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen.

Zur Abschätzung der Erlösänderungen der Krankenhäuser aufgrund von Leistungsveränderungen treffen wir folgende Annahmen: Aufgrund von teilweise vorhandenen Unstimmigkeiten in den von den Krankenhäusern an das InEK gemeldeten Entgelten je Fall schreiben wir die Entgelte mit den Änderungsraten des CMI bzw. DMI von 2019 auf 2020 fort. Bei dieser Vorgehensweise müssen keine Preissteigerungen berücksichtigt werden, da der Anstieg der Entgelte ausschließlich auf die Änderungen der Fallschwere zurückzuführen ist. Bei der Berechnung der Erlöse berücksichtigen wir durch pauschale, bundesweit einheitliche Annahmen die Anteile der Pflegepersonalkosten, der sonstigen Erlöse und der variablen Sachkosten. Auf der hausindividuellen Ebene können diese Anteile zum Teil stark von den pauschalen Annahmen abweichen, weshalb bei einer Differenzierung der Ergebnisse nach Untergruppen die Aussagen weniger valide sind als auf der aggregierten gesamtdeutschen Ebene.

Wir bestimmen für jedes Krankenhaus über die berechneten Fehltage in seiner Belegung zwischen 2020 und 2019 die Summe der Ausgleichszahlungen, die das Krankenhaus erhalten haben müsste. Dabei differenzieren wir tagesgenau zwischen den unterschiedlichen drei Regimen, d.h. der einheitlichen Ausgleichszahlung bis zum 12. Juli, der gestaffelten Ausgleichszahlung zwischen dem 13. Juli bis 30. September und der individuellen Ausgleichszahlung ab dem 18. November.

---

[2] *Bis zum 30. September 2020 wurden rund 9 Mrd. Euro ausgezahlt. Für die Kalenderwochen nach dem 18. November 2020 veröffentlicht das BAS die Daten differenziert nach Auszahlungsterminen.*

[3] *Details finden sich in der Verordnung zur Änderung der Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2 sowie § 21 Absatz 2a Satz 2 KHG. Die Teilstationäre Pauschale in Höhe von 190 € findet in diesem Gutachten keine Beachtung.*

Im Vergleich zu den beiden vorherigen Gutachten greifen wir hier auf zwei verschiedene Berechnungsmethoden bei den Ausgleichszahlungen zurück, die auf einer jeweils unterschiedlichen Datengrundlage basieren.

Wir beobachten im Jahr 2020 einen CMI-Anstieg um +4,6%. Gleichzeitig sinkt aber das Casemixvolumen um 8,6%. Der DMI steigt um +1,6%, während das Daymixvolumen um 11,4% zurückgegangen ist. Die Verweildauer ist bei den somatischen Krankenhäusern um +0,7% gestiegen, was mit dem höheren CMI zusammenhängen kann. Bei den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ist sie dagegen um 1,5% gesunken. Die Auslastung ist in beiden Bereichen in einem ähnlichen Umfang zwischen zehn und zwölf Prozentpunkte gesunken.

Bei den somatischen Krankenhäusern beträgt die durchschnittliche (Netto-)Erlösänderung[4] über alle Krankenhäuser hinweg +3,7% und bei den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken +10,6 bis 10,8%. Im Jahr 2020 erfolgte Preissteigerungen im Krankenhausbereich sind darin nicht enthalten, um ausschließlich den Leistungseffekt abzubilden. Nicht enthalten sind außerdem Corona-bedingte Zusatzerlöse aus Zuschlägen und Zusatzentgelten und ein gestiegener Pflegeentgeltwert, weil diese Positionen für die isolierte Bewertung der Angemessenheit der Ausgleichspauschalen keine Relevanz entfalten. Die Erlösänderungen variieren nach Art des Krankenhauses. Die Erlöszuwächse fallen mit zunehmender Größe der Krankenhäuser niedriger aus. In Bezug auf die Fallschwere der behandelten Patienten zeigt sich, dass Erlöszuwächse geringer ausfallen je höher der CMI des Krankenhauses ist. Auch im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen gehen mit zunehmender Krankenhausgröße die Erlöszuwächse zurück. Heterogene Ergebnisse finden sich bei der Analyse nach DMI-Klassen.

I Evaluation der Veränderungen der Fallzahlen hinsichtlich der betroffenen Patienten und der medizinischen Wirkungen

I.1 Ergebnisse im Überblick

I.1.1 Ergebnisse für das Gesamtjahr

Zunächst seien wesentliche Parameter der Krankenhausnutzung für das Jahr 2020 im Vergleich zum Jahr 2019 erwähnt, und zwar die Anzahl der Fälle, die Verweildauer, die Verweildauertage und die Bettenauslastung, jeweils für die nach DRG abrechnenden Häuser und die nach PEPP abrechnenden Häuser.[5] Für die nach DRG abrechnenden Häuser sind außerdem die Verweildauertage sowie die Bettenauslastung der Intensivstationen dargestellt. Die nach DRG abrechnenden Häuser sind des Weiteren jeweils zusätzlich unterteilt in drei Bettengrößenklassen, und zwar die 916 „kleinen" Krankenhäuser bis 299 Betten, die 346 „mittelgroßen" Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten und die 157 „großen" Krankenhäuser mit mindestens 600 Betten (Tabelle 1).[6] Wo sinnvoll, wird auf Unterschiede der Veränderungen von 2019 und 2020 in den 16 Bundesländern eingegangen (Tabelle 2).

Fallzahlen: Die Differenz der nach DRG abgerechneten Behandlungsfälle 2020 betrug ggü. 2019 2,465 Millionen Fälle (von 19,242 Mio. auf 16,777 Mio.), was einem Rückgang von rund -13% entspricht, also etwas mehr als bei der vorigen Auswertung bis Ende September 2020. Der Rückgang war bei den kleineren und mittleren Krankenhäusern ausgeprägter als bei den größeren

[4] Unter Berücksichtigung von eingesparten variablen Sachkosten.

[5] Methodik siehe Anhang

[6] Für 17 Krankenhäuser lag keine Angabe zu den Betten vor.

(wie bereits bis Ende September). Der Fallzahlrückgang war am ausgeprägtesten in Brandenburg (-16%), während er in Mecklenburg-Vorpommern am geringsten ausfiel (-10%). Daneben gab es bei den unter das PEPP-System fallenden psychiatrischen Fällen einen ähnlich ausgeprägten Rückgang von -11%, d.h. auch hier in der gleichen Größenordnung wie bis Ende September.

Verweildauer: Die mittlere Verweildauer verlängerte sich im DRG-Bereich insgesamt nur um +1% (von 5,98 auf 6,02 Tage), allerdings mit ausgeprägten Unterschieden zwischen den Größenklassen: so ging die Verweildauer in den kleinen Krankenhäusern um 0,09 Tage zurück, während sie in den großen um 0,14 Tage zunahm. In Bremen nahm die Verweildauer um 0,52 Tage zu, während sie in vier Bundesländern sank, am stärksten in Hessen mit -0,09 Tage. Im PEPP-Bereich betrug der durchschnittliche Rückgang 0,42 Tage.

Verweildauertage: Im DRG-Bereich gingen die Verweildauertage insgesamt wegen der nur geringfügig längeren Verweildauer fast so stark zurück wie die Fallzahlen, nämlich um 12%. Die Unterschiede nach Krankenhausgröße waren hier hingegen deutlich: so betrug der Rückgang bei den kleinen Krankenhäusern 15%, bei den mittleren 13% und den großen „nur“ 11%. Unter den Bundesländern war der Rückgang in Bremen mit 4% am geringsten, während er in fünf Bundesländern bei 14% lag. Im PEPP-Bereich gingen die Verweildauertage um 13% zurück.

Bettenauslastung: Durch den Rückgang der Verweildauertage ging auch die Bettenauslastung deutlich zurück: im DRG-Bereich insgesamt von 75,1% im Jahr 2019 um 7,8%-Punkte auf nur noch 67,3%. Auch hier war ein deutlicher Effekt nach Krankenhausgröße zu beobachten: so sank die Bettenauslastung in den kleinen Krankenhäusern um 9,7%-Punkte auf nur noch 62,1%, in den mittleren um 8,3%-Punkte auf 66,3% und in den größeren um „nur“ 7,0%-Punkte auf 71,2%. Die Bettenauslastung im PEPP-Bereich ging sehr merklich um 11,9%-Punkte auf 81,5% zurück.

Tabelle 1
Ausgewählte Leistungsdaten DRG- und PEPP-Krankenhäuser (DRG auch nach Bettengröße)
2019 und 2020

Kennzahlen	2019	2020	Differenz	
				in %
Stationäre Behandlungsfälle				
Alle DRG-Krankenhäuser	19 241 830	16 776 842	-2 464 988	-13
DRG-Kh. bis 299 Betten	5 282 616	4 547 583	-735 033	-14
DRG-Kh. 300-599 Betten	6 944 956	5 991 885	-953 071	-14
DRG-Kh. mit 600+ Betten	7 006 556	6 123 709	-882 847	-13
PEPP-Krankenhäuser	1 058 564	938 361	-120 203	-11
Mittlere Verweildauer (Tage)				
Alle DRG-Krankenhäuser	5,98	6,02	+0,04	+1
DRG-Kh. bis 299 Betten	6,14	6,05	-0,09	-1
DRG-Kh. 300-599 Betten	5,78	5,82	+0,04	+1
DRG-Kh. mit 600+ Betten	6,06	6,20	+0,14	+2
PEPP-Krankenhäuser	28,15	27,73	-0,42	-1
Verweildauertage				
Alle DRG-Krankenhäuser	115 089 957	101 015 514	-14 074 443	-12
DRG-Kh. bis 299 Betten	32 444 837	27 514 443	-4 930 394	-15
DRG-Kh. 300-599 Betten	40 125 736	34 848 594	-5 277 142	-13
DRG-Kh. mit 600+ Betten	42 442 340	37 942 829	-4 499 511	-11
PEPP-Krankenhäuser	29 803 513	26 022 021	-3 781 492	-13
Bettenauslastung				
Alle DRG-Krankenhäuser	75,1%	67,3%	-7,8%-Punkte	-12
DRG-Kh. bis 299 Betten	71,8%	62,1%	-9,7%-Punkte	-15
DRG-Kh. 300-599 Betten	74,6%	66,3%	-8,3%-Punkte	-13
DRG-Kh. mit 600+ Betten	78,2%	71,2%	-7,0%-Punkte	-11
PEPP-Krankenhäuser	93,4%	81,5%	-11,9%-Punkte	-13
Verweildauertage auf Intensivstationen				
Alle DRG-Krankenhäuser	6 753 882	6 710 737	-43 146	-1
DRG-Kh. bis 299 Betten	1 523 443	1 446 759	-76 684	-5
DRG-Kh. 300-599 Betten	2 127 135	2 081 602	-45 533	-2
DRG-Kh. mit 600+ Betten	3 101 730	3 130 307	+28 577	+1
Bettenauslastung auf Intensivstationen				
Alle DRG-Krankenhäuser	69,6%	68,6%	-1,0%-Punkte	-1
Belegungstage in Kh. bis 299 Betten	62,3%	63,6%	+1,3%-Punkte	+2
Belegungstage in Kh. 300-599 Betten	69,9%	67,3%	-2,6%-Punkte	-4
Belegungstage in Kh. mit 600+ Betten	73,6%	71,0%	-2,6%-Punkte	-4

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Verweildauertage auf Intensivstationen: Im gesamten DRG-Bereich ging die Zahl leicht um 1% zurück. Auch hier gab es ausgeprägte Unterschiede zwischen den Größenklassen: während die Zahlen in den kleinen Häusern um 5% und in den mittleren um 2% zurückgingen, stiegen sie in den großen Häusern um 1% an. Unter den Bundesländern waren die Anstiege besonders ausgeprägt in Thüringen, Bremen, Berlin und Rheinland-Pfalz, während sie in Hamburg deutlich zurückgingen.

Bettenauslastung auf Intensivstationen: Da die Anzahl der dem InEK gemeldeten Intensivbetten praktisch konstant blieb (2019: 26 581; 2020: 26 787), sank die Auslastung insgesamt leicht um 1%-Punkt ab. Da die Anzahl der Intensivbetten in den kleinen Häusern jedoch abgenommen hat (und zwar um 7% von 6 697 [= 7,2/ Krankenhaus] auf 6.237 [= 6,8/ Krankenhaus]), stieg trotz des Rückgangs an Verweildauertagen die Auslastung auf 63,6%. Demgegenüber sank sie, trotz der gestiegenen Anzahl an Verweildauertagen, in den großen Häusern auf 71,0%. Dies liegt an einem Anstieg der gemeldeten Intensivbetten (und zwar um 5% von 11 543 [= 73/ Krankenhaus] auf 12 076 [= 77/ Krankenhaus]).

Tabelle 2
Veränderungen der Leistungsdaten nach Bundesland[7]
Veränderung 2020 ggü. 2019

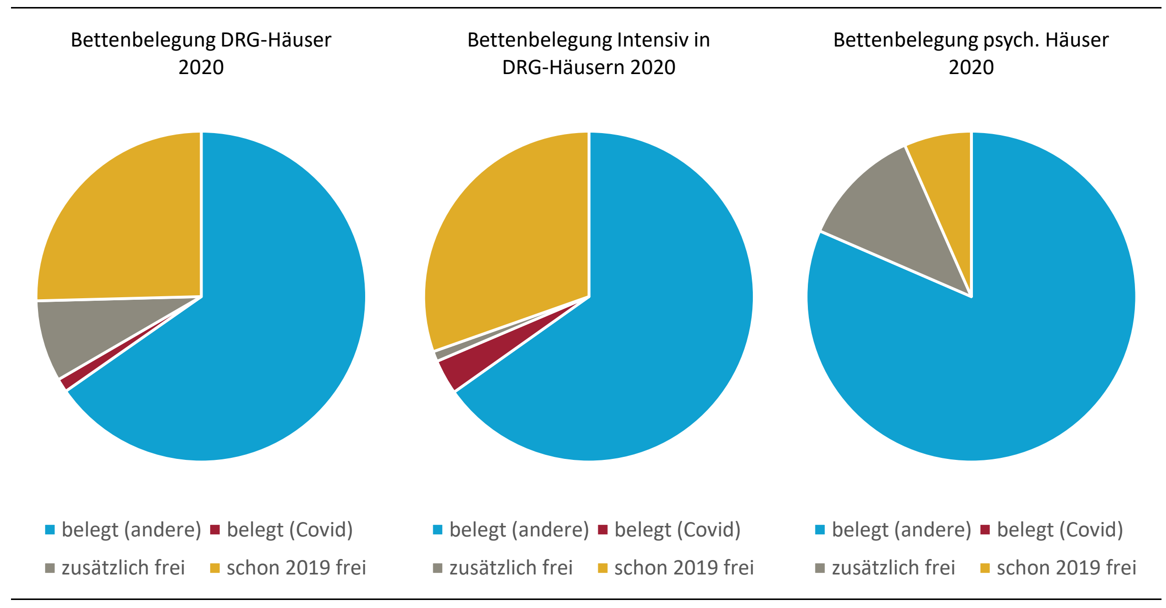
Bundesland	Fälle in %	∅ VD (Tage)	VD-Tage in %	Bettenauslastung in %-Punkten	VD-Tage Intensivstation in %	Bettenauslastung Intensivstationen in %-Punkten
Baden-Württemberg	-12	+0,03	-11	-6,7	-1	+0,9
Bayern	-14	+0,15	-12	-9,0	+1	+6,1
Berlin	-12	+0,08	-11	-6,9	+9	-12,0
Brandenburg	-16	+0,09	-14	-10,3	-1	-7,5
Bremen	-12	+0,52	-4	+5,3	+21	+17,3
Hamburg	-12	+0,13	-10	-7,7	-26	-17,7
Hessen	-13	-0,09	-14	-7,4	+1	+9,9
Mecklenburg-Vorpommern	-10	+0,20	-7	-4,7	+3	+8,3
Niedersachsen	-12	-0,02	-12	-9,7	-3	-3,2
Nordrhein-Westfalen	-13	0,00	-13	-7,9	0	-1,2
Rheinland-Pfalz	-14	-0,03	-14	-7,9	+8	+2,2
Saarland	-13	-0,06	-14	-9,0	-2	-12,5
Sachsen	-11	+0,04	-10	-4,5	-9	-14,6
Sachsen-Anhalt	-12	+0,01	-12	-7,0	+4	-4,4
Schleswig-Holstein	-11	+0,05	-10	-9,4	-6	-8,1
Thüringen	-13	-0,03	-14	-10,7	+26	+21,3

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: VD: Verweildauer.

Schaubild 1 stellt die Bettenauslastung für die DRG-Krankenhäuser, ihren Intensivstationen und für die PEPP-Krankenhäuser für das Jahr 2020 im Vergleich zu 2019 graphisch dar. Gelb markiert sind die bereits im Jahr 2019 durchschnittlich freien Betten (d.h. 2019 waren die blauen, roten und grauen Anteile belegte Betten), während die 2020 zusätzlich freien Betten grau dargestellt sind. Im Segment der belegten Betten sind die für COVID-19-Patienten genutzten Betten rot markiert (1,9% bei den DRG-Häusern insgesamt und 3,4% auf Intensivstationen; zur Herleitung der Zahlen s. Abschnitt I.2).

[7] *Es müssen die Effekte durch 0-Betten- bzw. 0-Verweildauertage-Meldungen bei einzelnen Krankenhäusern bei den Betten bzw. Intensivbetten 2019 bzw. 2020 berücksichtigt werden; dadurch kann es insbesondere bei kleineren Bundesländern wie Bremen oder Thüringen zu großen %-Punkt-Änderungen kommen.*

Schaubild 1
Durchschnittliche Bettenauslastung
2020 vs. 2019

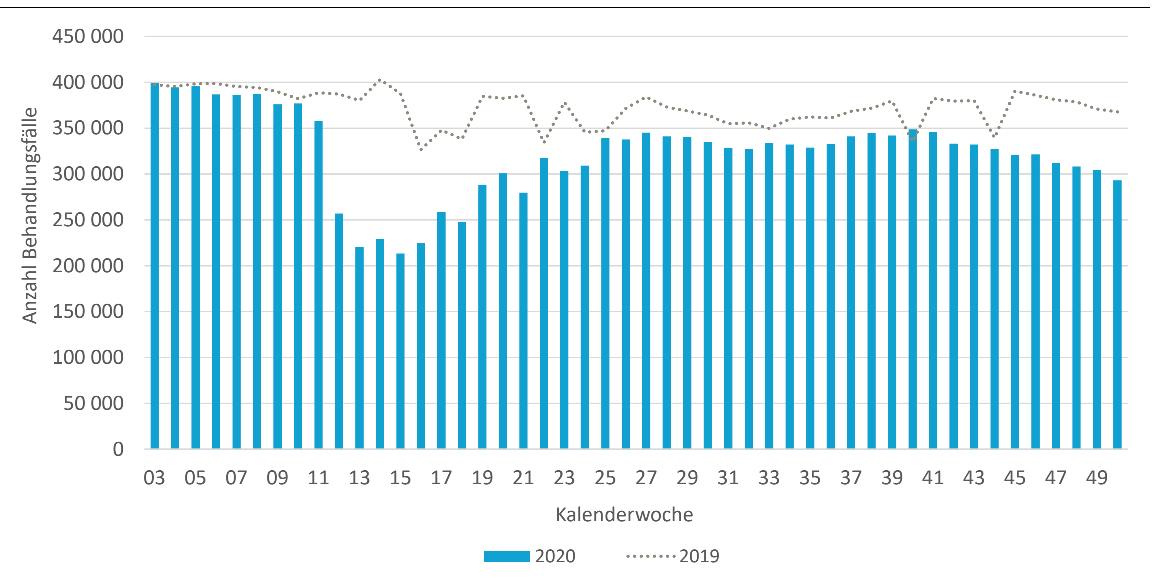


Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

I.1.2 Stationäre DRG-Behandlungsfälle im Wochenverlauf

Schaubild 2 zeigt für den Zeitraum von der 3. bis zur 50. Kalenderwoche (KW) die Anzahl der aufgenommenen akutstationär behandelten Patienten im Jahr 2020 (blaue Balken). Ab der 12. KW (März, Zeitpunkt der Bund-Länder-Vereinbarung zum Ausbau der Intensivkapazitäten) zeigt sich ein Einbruch der Behandlungsfallzahlen, der seinen Tiefpunkt zwischen den KW 13 (März) und 15 (Anfang April) mit durchschnittlich -43% ggü. dem Vorjahr (gestrichelte Linie) erreichte. Anschließend stiegen die Behandlungsfallzahlen wieder an. Ab der KW 25 (Juni) lag die Zahl der Aufnahmen bei ca. 330 000 bis 340 000 pro Woche und war damit um ca. 10% geringer als im Vorjahr. Die Fallzahleinbrüche im Jahr 2019 in den KW 16 bis 18, 22 sowie 24 bis 25 fallen zeitlich mit Ostern, Christi Himmelfahrt und Pfingsten zusammen. Auf die KW 40 und 44 entfallen jeweils Tag der deutschen Einheit bzw. Reformationstag/Allerheiligen. Die Einbrüche in diesen KW, die im Jahr 2019 zu beobachten waren, zeigten sich im Jahr 2020 nicht. Ab der 42. KW waren im Jahr 2020 rückläufige Fallzahlen zu beobachten, die jedoch teilweise mit der zunehmend unvollständigen Erfassung noch nicht entlassener Behandlungsfälle zusammenhängen könnten. Damit ergibt sich für die Zeit bis zur 10. KW eine Veränderung von -2% gegenüber 2019, für die 11.-21. KW eine Veränderung von -30% und für die 22.-50. KW eine Veränderung von -10%.

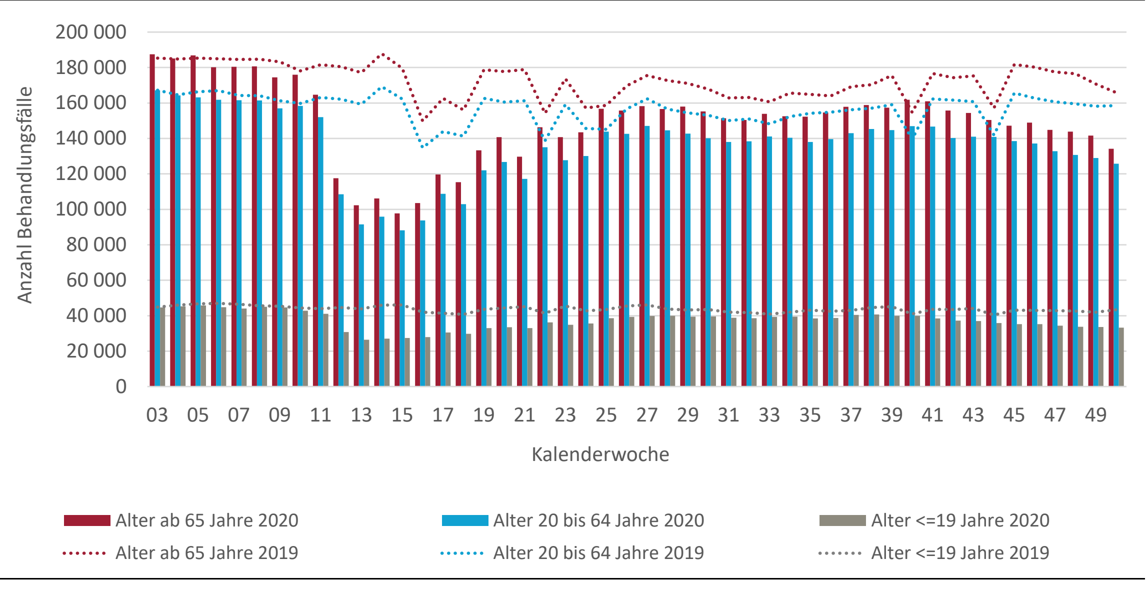
Schaubild 2
Anzahl der stationären Behandlungsfälle nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Der Verlauf der wöchentlichen Aufnahmen bei Erwachsenen bis 64 Jahren und älteren Personen ab 65 Jahren ist relativ gleichförmig und zwischen der 11. und 21. KW von einer Veränderung von jeweils -30% im Vergleich zum Vorjahr gekennzeichnet (Schaubild 3). Bei Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahren fiel die relative Veränderung in diesem Zeitraum (bei geringerer absoluter Häufigkeit) mit -29% vergleichbar aus. Ab der 22. KW betrug die Veränderung gegenüber dem Vorjahr jeweils -10% bei Erwachsenen und -13% bei Kindern und Jugendlichen.

Schaubild 3
Anzahl der stationären Behandlungsfälle nach KW der Aufnahme und Altersgruppen
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

I.2 Behandlungen in Zusammenhang mit Covid-19

I.2.1 Covid-19-Fälle insgesamt

Insgesamt wurden im Jahr 2020 172 248 Behandlungsfälle mit der Nebendiagnose U07.1 (Covid-19, Virus nachgewiesen)[8] behandelt.[9] Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich um Fälle, nicht Personen handelt, da verlegte Patienten entsprechend mehrfach zählen.[10]

Die Patientinnen und Patienten waren im Median 71 Jahre alt (25. bis 75. Perzentil 55 bis 82 Jahre; Tabelle 3). Von allen 172 248 Fällen wiesen 26 268 einen intensivmedizinischen OPS-Komplexkode (8-980*, 8-98f*) auf (mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 20,3 Tagen, davon 11,0 auf Intensivstation), weitere 120 einen OPS-Code für intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Kindern und weitere 10 037 Fälle in benannten Intensivbetten, die keinen Komplexkode Intensivmedizin aufwiesen, insgesamt also 36 305 Fälle oder 21,1% aller Fälle mit der Nebendiagnose U07.1. 17 376 Fälle (10,1% aller Fälle bzw. 47,9% der intensivmedizinisch behandelten Fälle) wurden für mindestens sechs Stunden beatmet.

Die mittlere Verweildauer der Behandlungsfälle mit COVID-19 lag bei 11,2 Tagen, so dass im Laufe des Jahres 2020 1,93 Mio. Verweildauertage erbracht wurden, was 1,9% aller Verweildauertage entspricht. Da in der zweiten Dezemberhälfte jeden Tag rund 2 000 stationäre Aufnahmen stattgefunden haben, ist davon auszugehen, dass am 31.12. noch über 20 000 COVID-19-Patienten stationär behandelt wurden, die hier nicht berücksichtigt sind. Die Gesamtzahl der Verweildauertage dürfte daher bei knapp über 2 Mio. (pro Überlieger rechnerisch die halbe Verweildauer) und damit 2% aller Verweildauertage gelegen haben. Gemessen an der vorhandenen Bettenkapazität ergibt sich eine durchschnittliche Belegungsquote von 1,3% durch COVID-19. Die höchsten tagesbezogenen Belegungsquoten gab es in der zweiten Dezemberhälfte mit knapp 5% aller Betten.[11]

---

[8] Da die Nebendiagnose U07.1 gemäß der ICD-10-GM dann, „wenn Covid-19 durch einen Labortest nachgewiesen ist, ungeachtet des Schweregrades des klinischen Befundes oder der Symptome" kodiert werden soll, dürfte es sich hierbei um eine gemischte Gruppe handeln, die sowohl Patientinnen und Patienten mit keinen oder milden Symptomen als auch solche mit schwerem Verlauf umfasst.
Nicht berücksichtigt sind hier Fälle mit der Nebendiagnose U07.2, die laut ICD-10-GM nur genutzt werden sollte, „wenn COVID-19 klinisch-epidemiologisch bestätigt ist und das Virus nicht durch Labortest nachgewiesen wurde oder kein Labortest zur Verfügung steht". Dies waren zusätzliche 289 323 Fälle, d.h. mehr als bestätigte Fälle. Die Quote an bestätigten Fällen (d.h. U07.1/ U07.1 + U07.2) betrug somit im Schnitt 37%, war aber stark abhängig von der Bettengrößenklasse: bei Häusern bis 149 Betten lag der Wert nur bei 31%, bei Häusern mit 800 und mehr Betten hingegen bei 58%.

[9] Das RKI berichtet bis zum Ende der KW 53 (2020) auf der Basis von rund 75% der Covid-Fälle mit diesbezüglichen Angaben (n= 1 326 751) von 131 714 Personen, deren Covid-Erkrankung zu einem stationären Aufenthalt geführt hatte. Unter der Annahme, dass die fehlenden 25% ähnlich häufig hospitalisiert waren, ergäben sich damit rund 175 000 Personen und damit eine nur gering vom InEK abweichende Zahl; allerdings ist durchaus realistisch, dass die wahre Hospitalisierungsquote bei diesen 25% niedriger war. Allerdings berichtet das RKI von stationär aufgenommenen Personen, während das InEK auf Basis der bis zum Jahresende entlassenen Fälle berichtet, womit die noch 2020 aufgenommenen, aber noch in stationärer Behandlung befindlichen Covid-Patienten nicht erfasst werden.

[10] Anhand der AOK-Daten bis Ende Juli wurde analysiert, dass 10,8% aller stationären COVID-19-Fälle mindestens einmal verlegt wurden; unter den beatmeten Patienten waren es sogar 31,9%. Bei den verlegten Patienten ohne Beatmung erfolgte die Verlegung in 50% in ein erfahreneres Krankenhaus gemessen an den Beatmungsstunden des Vorjahrs. Auch die Mehrheit der beatmeten Patienten wurde in ein erfahreneres Krankenhaus verlegt (Hentschker C, Mostert C, Klauber J, Malzahn J, Scheller-Kreinsen D, Schillinger G, Karagiannidis C, Busse R Stationäre und intensivmedizinische Versorgungsstrukturen von COVID-19-Patienten bis Juli 2020. Med Klin Intensivmed Notfmed 2021).

[11] Da tagesbezogene Daten fehlen, ist dies mit wöchentlichen Aufnahmezahlen und durchschnittlichen Verweildauern approximiert.

Die mittlere Verweildauer auf der Intensivstation lag bei Fällen mit Komplexbehandlung bei 11,0 Tagen und bei Fällen ohne Komplexbehandlung bei 4,3 Tagen (im Mittel ca. 9,1 Tage). Daraus ergeben sich rund 330 000 Verweildauertage oder 4,9% aller Verweildauertage auf Intensivstationen. Unter Berücksichtigung der geschätzten Überliegerzahlen ergeben sich ca. 350 000 oder 5,2%.[12] Bezogen auf alle vorhandenen Intensivbetten ergibt sich eine durchschnittliche Belegungsquote von 3,4% bzw. 3,6% durch COVID-19.[13]

Tabelle 3

Behandlungen in Zusammenhang mit Covid-19

Kennzahlen	2020
Fälle mit COVID-19 (ND U07.1) insgesamt	
Anzahl Fälle	172 248
Anteil Todesfälle	17,6%
Alter Median (IQR)	71 (55-82)
Mittlere Verweildauer in Tagen	11,2
Anteil mit intensivmedizinischer Behandlung insgesamt *	21,1%
Anteil mit Beatmung oder ECMO	10,1%
COVID-19 (ND U07.1) mit intensivmedizinischer Versorgung	
1. Anzahl Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung (Erwachsene)	26 151
Mittlere Verweildauer in Tagen insgesamt	20,3
Mittlere Verweildauer in Tagen auf Intensivstation	11,0
2. Anzahl Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung (Kinder)	120
Mittlere Verweildauer in Tagen insgesamt	11,5
Mittlere Verweildauer in Tagen auf Intensivstation	4,0
3. Anzahl Fälle mit Behandlung auf Intensivstation (ohne Komplexbehandlung)	10 038
Mittlere Verweildauer in Tagen insgesamt	13,7
Mittlere Verweildauer in Tagen auf der Intensivstation	4,3
Anzahl Fälle mit Beatmung oder ECMO	17 376
Mittlere Beatmungsdauer in Stunden	286,0

*Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: IQR: Interquartilsabstand (25. bis 75. Perzentil). – * Komplexbehandlung oder Behandlung auf Intensivstation (Aufenthalt in benanntem Intensivbett)*

Der Anteil der 30 307 Todesfälle lag bei 17,6% (auch hier würde sich bei einer patientenbezogenen Betrachtung ein höherer Prozentwert ergeben). Die Anzahl der im Krankenhaus Verstorbenen betrug damit rund 75% der insgesamt ca. 40 000 laut RKI bis zum 31.12.2020 an oder mit Covid-19 Verstorbenen[14]. Für intensivmedizinisch versorgte Behandlungsfälle liegen die Todes-

[12] *Die auf Intensivstationen behandelten COVID-19-Fallzahlen lagen laut DIVI-Register höher: so waren es zum 1.1.2021 danach 51 245 abgeschlossene Fälle (+40% ggü. InEK) mit ca. 439 000 Tagen (+25% ggü. dem InEK-Wert inkl. Überlieger), woraus sich eine durchschnittliche Belegungsquote der Intensivstationen von 4,5% durch COVID-19 ergäbe.*

[13] *Unter Nutzung der DIVI-Zahlen (da uns vom InEK keine tagesgenauen Werte vorlagen) war der Höhepunkt der Intensivbettenbelegung durch COVID-19 am 3.1.2021 mit 5 762 erreicht, was 21,5% der laut InEK vorhandenen Kapazität an Intensivbetten entsprach.*

[14] *Laut Tagesberichten des RKI lag die Zahl bis Jahresende bei ca. 34 000; die aktuellste Erfassung vom 12.2.2021 weist allerdings eine höhere Zahl von 40 247 Personen auf, die bis zum 31.12.2021 gestorben sind (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/COVID-19_Todesfaelle.xlsx?__blob=publicationFile).*

fälle nur für jene 35 661 vor, die in einem benannten Intensivbett (mit oder ohne Komplexbehandlung) versorgt wurden. Hier beträgt der Anteil der 12 325 Todesfälle 34,6%.[15] Laut DIVI-Intensivregister waren bis zum 31.12.2020 von der ggü. den InEK-Zahlen höheren COVID-19-Intensivpatientenzahl rund 13 000 verstorben. Diese Zahlen ergeben also, dass knapp über 30% der insgesamt an COVID-19 verstobenen Personen im Krankenhaus mit einer Intensivbehandlung gestorben sind, weitere fast 45% während eines stationären Aufenthaltes ohne Intensivbehandlung – und 25% außerhalb des Krankenhauses.

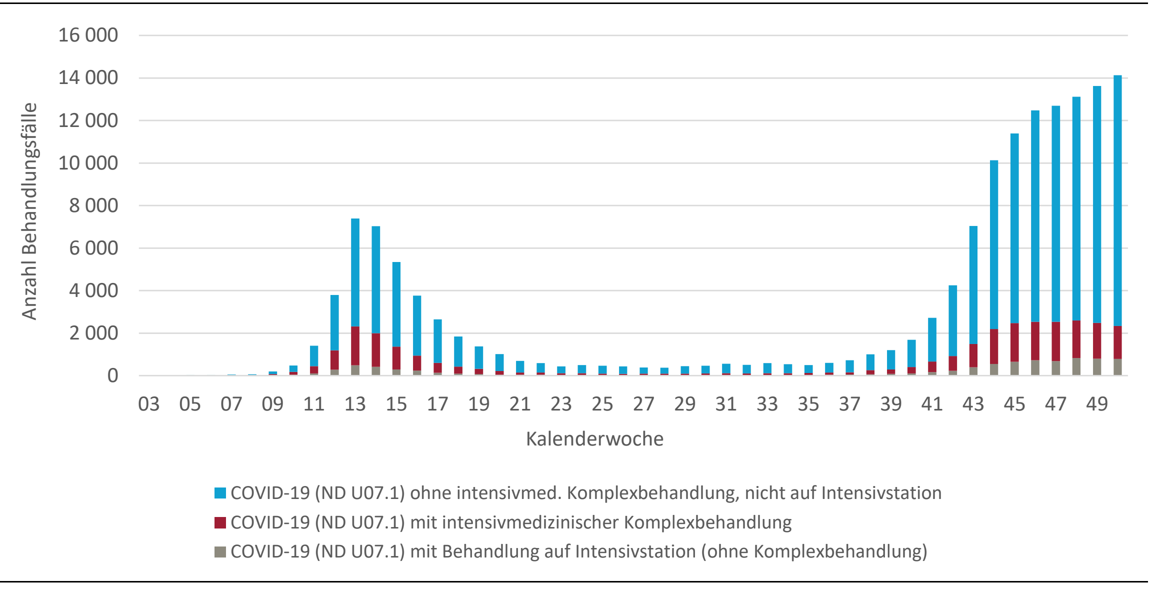
I.2.2 Covid-19-Fälle nach Kalenderwochen

Schaubild 4 und Schaubild 5 zeigen die wöchentlichen Aufnahmen mit COVID-19, unterteilt nach der Art der Behandlung. Während der ersten Welle lag der Gipfel der wöchentlichen Aufnahmen in den KW 13 und 14. Während der Sommermonate (KW 21 bis 37) wurden wöchentlich im Durchschnitt rund 500 Behandlungsfälle mit COVID-19 aufgenommen. Ab der KW 38 (Mitte September) stiegen die Fallzahlen wieder an und lagen in KW 43 bei rund 7 000 und in der KW 50 bei rund 14 000 Aufnahmen. Etwa 75% aller 2020 stationär behandelten Fälle mit COVID-19 entfielen auf die Zeit der zweiten Welle ab KW 38 bis zum Jahresende.

Die maximale Anzahl der Aufnahmen mit *intensivmedizinischer Versorgung* (behandelt auf Intensivstation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung) wurde im Frühjahr mit mehr als 2 000 Fällen in KW 13 (Ende März) erreicht (Anteil an allen Aufnahmen mit COVID-19 in KW 13 31%). Im weiteren Verlauf nahm die Anzahl absolut und relativ zunächst ab und stieg ab der KW 38 wieder an. Ab KW 44 (Ende Oktober) lag die Anzahl der wöchentlichen Aufnahmen mit intensivmedizinischer Versorgung wieder über 2 000. Der Anteil der ab KW 38 bis zum Jahresende intensivmedizinisch behandelten Patienten lag mit rund 70% (bezogen auf das Gesamtjahr) niedriger, d.h. der relative Anteil der intensivmedizinisch behandelten Patienten ging ggü. der ersten Welle zurück. Der Anteil an allen Aufnahmen mit COVID-19 ging auf unter 20% zurück.

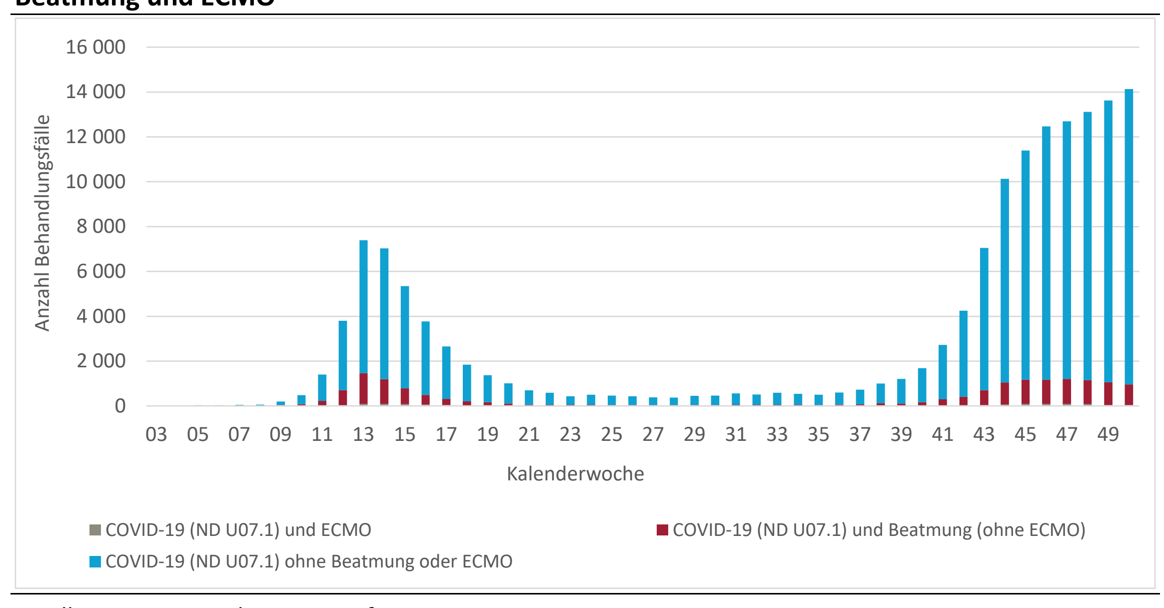
[15] *Rechnerisch ergibt sich gegenüber der Summe der in Tabelle 3 ausgewiesenen intensivmedizinisch versorgten Behandlungsfälle eine Differenz von 648 Fällen, in denen eine intensivmedizinische Komplexbehandlung, jedoch kein Aufenthalt in einem Intensivbett dokumentiert war. Zu diesen Fällen waren keine Angaben zu Todesfällen verfügbar.*

Schaubild 4
Anzahl Behandlungsfälle mit COVID-19 nach KW der Aufnahme 2020: Intensivmedizinische Versorgung



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Schaubild 5
Anzahl Behandlungsfälle mit COVID-19 nach KW der Aufnahme 2020: Beatmung und ECMO



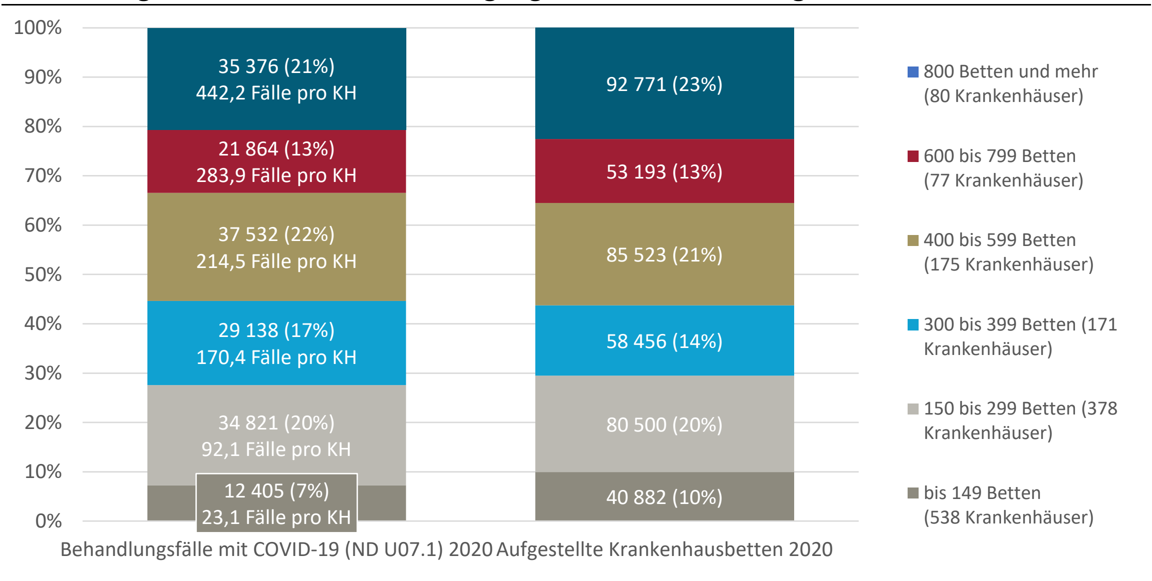
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

In der KW 13 war die Anzahl der aufgenommenen Patienten, die mit Beatmung oder ECMO versorgt wurden, mit 1 411 am höchsten und war anschließend wieder rückläufig. Zwischen der KW 21 (Mitte Mai) und der KW 37 wurden pro Woche im Durchschnitt jeweils 49 Behandlungsfälle aufgenommen, die beatmet wurden. Ab der KW 38 (Mitte September) stiegen die wöchentlichen Aufnahmen mit Beatmung auf über 100 und ab der KW 44 (Ende Oktober) auf über 1 000. Die mittlere Beatmungsdauer der beatmeten COVID-19-Fälle lag bei 286 Stunden (entspricht 11,9 Tagen).

I.2.3 Covid-19-Fälle nach Krankenhäusern

Für die Analyse der Verteilung der stationär behandelten COVID-19-Patienten wurden die drei initial betrachteten Krankenhausgrößenklassen „klein", „mittelgroß" und „groß" jeweils zweigeteilt und so sechs Gruppen betrachtet. Schaubild 6 stellt die Anteile in der Verteilung der Fälle mit COVID-19 dar, unterteilt nach den sechs Bettengrößenklassen der behandelnden Häuser (linker Balken). Daneben sind zum Vergleich die Anteile der aufgestellten Betten dargestellt (rechter Balken). Die Verteilung der Behandlungsfälle mit COVID-19 im Jahr 2020 erfolgte im Verhältnis zur Bettenzahl relativ gleichmäßig. Unterproportional wenige Patienten wurden vor allem in den 538 Krankenhäusern mit bis zu 149 Betten behandelt. Ein überproportionaler Versorgungsanteil wurde hingegen in den 171 Krankenhäusern mit 300 bis 399 Betten beobachtet, die 17% der Behandlungsfälle mit COVID-19 versorgten, insgesamt jedoch nur einen Bettenanteil von 14% hatten. In diesen Krankenhäusern wurden durchschnittlich 170,4 Fälle mit COVID-19 behandelt. Dagegen versorgten die 80 Krankenhäuser mit mehr als 800 Betten durchschnittlich 442,2 Fälle mit COVID-19.[16]

Schaubild 6
Behandlungsfälle mit COVID-19: Versorgungsanteile nach Bettengrößenklassen



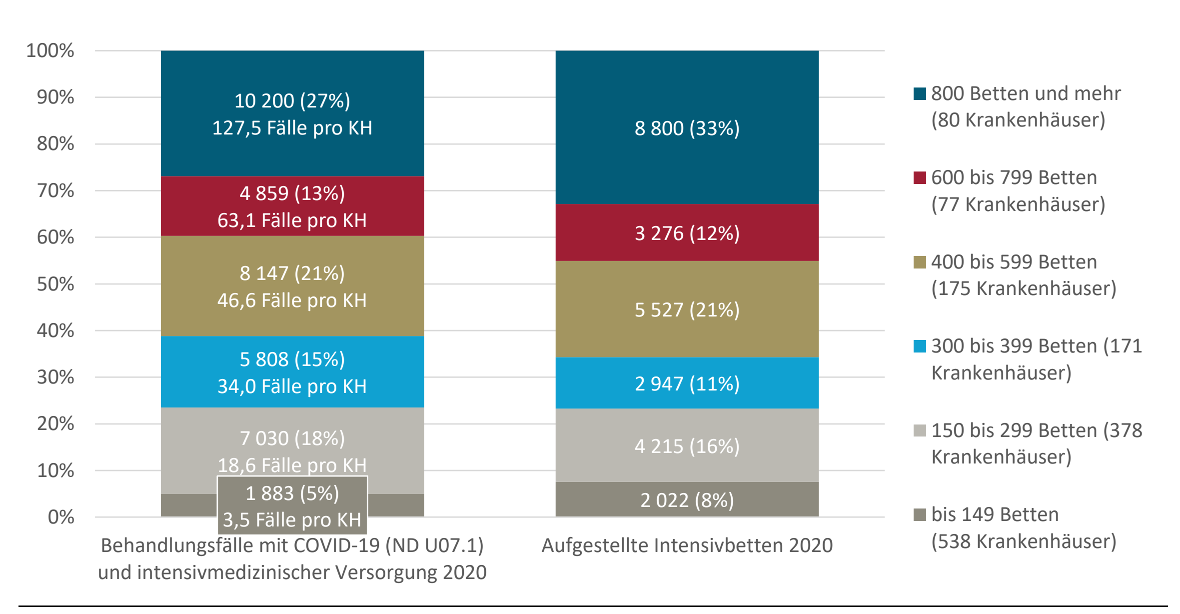
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: Nicht dargestellt: 17 Krankenhäuser ohne Angabe der Bettengrößenklasse mit 1 118 COVID-19-Behandlungsfällen.

In Schaubild 7 sind die Versorgungsanteile der Fälle mit COVID-19 und *intensivmedizinischer Versorgung* (Aufenthalt in benanntem Intensivbett oder intensivmedizinische Komplexbehandlung ohne Aufenthalt in Intensivbett) dargestellt. Auch hier zeigt sich ein überproportionaler Versorgungsanteil in den 171 Krankenhäusern mit 300 bis 399 Betten, die 15% der intensivmedizinisch versorgten Patienten behandelten, jedoch nur über einen Anteil von 11% der Intensivbetten verfügten. Eine solche Tendenz bestand auch bei den 378 Krankenhäusern mit 150 bis 299 Betten,

[16] *Die Verteilung der Fälle auf die Bettengrößenklassen der Krankenhäuser stimmt weitestgehend mit den Daten der ersten Welle (d.h. unterjährige Daten bis einschl. 30.9.2021) überein. Damals lag der Anteil der Krankenhäuser mit 300 bis 399 Betten allerdings mit 13% niedriger, d.h. entsprach eher deren Bettenanteil. Dagegen lagen die Anteile der Krankenhäuser mit 400-599 bzw. 600-799 Betten mit 24% bzw. 14% etwas höher.*

während die Anteile insbesondere in den Krankenhäusern bis 149 Betten, aber auch mit 800 und mehr Betten unterproportional klein waren.[17]

Schaubild 7
Behandlungsfälle mit COVID-19 und intensivmedizinischer Versorgung: Versorgungsanteile nach Bettengrößenklassen



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: Einbezogen sind Behandlungsfälle mit Nebendiagnose U07.1 und Aufenthalt in benanntem Intensivbett, sowie Behandlungsfälle mit Nebendiagnose U07.1 und OPS-Kode für intensivmedizinische Komplexbehandlung ohne Aufenthalt in benanntem Intensivbett. Nicht dargestellt: 17 Krankenhäuser ohne Angabe der Bettengrößenklasse mit 249 COVID-19-Behandlungsfällen mit Intensivaufenthalt. Die Differenz der Fallzahlen der intensivmedizinisch versorgten Fälle mit ND U07.1 im Vergleich zu Tabelle 3 ergibt sich aus Unterschieden im Datenzugriff (Tabelle 3 Datenlieferung durch InEK, hier Datenabruf über InEK-DatenBrowser).

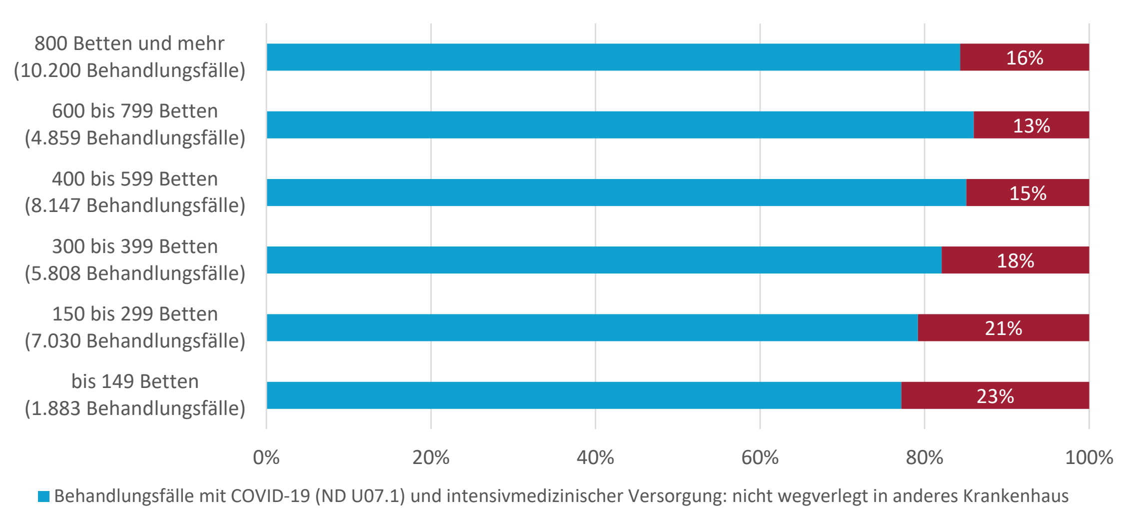
In Schaubild 7 sind alle Fälle gleich gewichtet worden, d.h. unabhängig von ihrer Verweildauer[18], einer möglichen Beatmung und der Frage, ob die Patienten dort durchgehend therapiert werden konnten – oder ob eine Weiterverlegung notwendig war. Schaubild 8 zeigt daher die Anteile der Behandlungsfälle mit intensivmedizinischer Versorgung, die in ein anderes Krankenhaus verlegt wurden. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass diese Verlegung aus unterschiedlichen Gründen erfolgt sein kann: So können einerseits Patienten nach abgeschlossener Behandlung für die Nachversorgung verlegt, aber auch aktuell beatmete Patienten zu einer ECMO-Behandlung an Maximalversorger überstellt worden sein. Die für dieses Gutachten zur Verfügung stehende Datenbasis lässt jedoch keine Differenzierung zu. Der Anteil der verlegten Fälle lag in den großen Krankenhäusern mit mehr als 800 bzw. 600 bis 799 Betten bei 16% bzw. 13% und nahm mit abnehmender Krankenhausgröße zu. In Krankenhäusern mit bis zu 149 Betten

[17] Analog zur Verteilung aller COVID-19-Fälle zeigt sich ggü. den Daten der ersten Welle (d.h. unterjährige Daten bis einschl. 30.9.2021), dass damals auch bei den Intensivbehandlungen der Anteil der Krankenhäuser mit 300 bis 399 Betten mit 13% niedriger lag, während die Anteile größerer Häuser höher lagen: 24% bei 400-599 Betten, 14% bei 600-799 Betten und 27% bei 800 und mehr Betten.

[18] Eine Darstellung gemäß Schaubild 7 mit Belegungs- bzw. Verweildauerzahlen ist allerdings nicht möglich, da das InEK keine größenspezifischen durchschnittlichen Verweildauern zur Verfügung gestellt hat. Durch die höheren Quoten an Wegverlegungen aus Häusern mit weniger Betten und weniger Beatmungserfahrung dürfte der Anteil der kleineren Krankenhäuser an den COVID-19-bezogenen Tagen kleiner sein als der Anteil nach Fällen – während es bei den größeren Krankenhäusern umgekehrt sein dürfte.

lag der Anteil der intensivmedizinisch versorgten COVID-19 Fälle mit Verlegung in ein anderes Krankenhaus bei 23%.

Schaubild 8
Behandlungsfälle mit COVID-19 und intensivmedizinischer Versorgung: Anteil wegverlegt in anderes Krankenhaus



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: Einbezogen sind Behandlungsfälle mit Nebendiagnose U07.1 und Aufenthalt in benanntem Intensivbett, sowie Behandlungsfälle mit Nebendiagnose U07.1 und OPS-Kode für intensivmedizinische Komplexbehandlung ohne Aufenthalt in benanntem Intensivbett. Nicht dargestellt: 17 Krankenhäuser ohne Angabe der Bettengrößenklasse mit 249 COVID-19-Behandlungsfällen mit Intensivaufenthalt.

Tabelle 4 listet weitere wichtige Kennzahlen zur stationären COVID-19-Versorgung nach den sechs Krankenhausgrößenkategorien auf, etwa die Anzahl der durchschnittlichen Behandlungsfälle pro aufgestelltem Bett bzw. der intensivmedizinischen Fälle je Intensivbett oder der Wegverlegungsquoten auch für alle stationären Patienten. In der letzten Spalte erfolgt eine Betrachtung innerhalb der Gruppen: Bezogen auf alle Behandlungsfälle mit COVID-19 war der Anteil der intensivmedizinisch versorgten Fälle in den 80 Krankenhäusern mit mehr als 800 Betten mit 29% (gemessen an den stationären Patienten in der jeweiligen Krankenhausgrößenkategorie) am höchsten und in den 538 Krankenhäusern mit bis zu 149 Betten mit 15% am geringsten.

Tabelle 4
Behandlungsfälle mit COVID-19: Versorgungskennzahlen nach Bettengrößenklassen

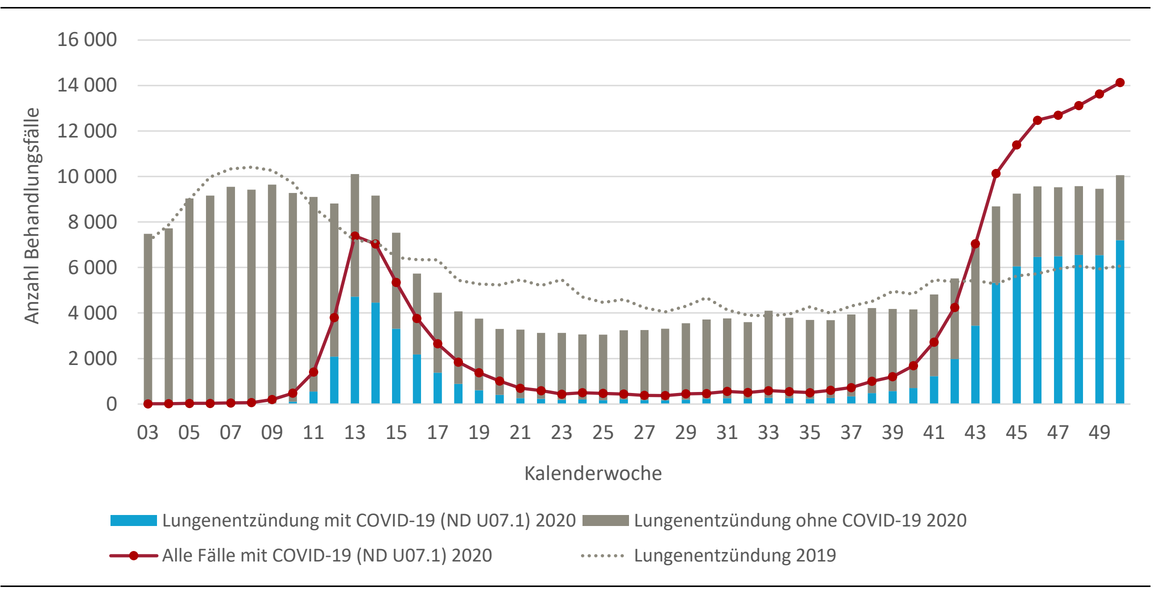
		Behandlungsfälle mit COVID-19				
Bettengrößenklasse	Anzahl KH	insgesamt		mit intensivmedizinischer Versorgung		
		Behandlungsfälle pro aufgestelltem Bett	Anteil wegverlegt in anderes KH	Intensivfälle pro Intensivbett	Anteil wegverlegt in anderes KH	Anteil an allen stationären COVID-19 Fälle
800 Betten und mehr	80	0,38	8%	1,2	16%	29%
600 bis 799 Betten	77	0,41	6%	1,5	14%	22%
400 bis 599 Betten	175	0,44	7%	1,5	15%	22%
300 bis 399 Betten	171	0,53	9%	2,0	18%	20%
150 bis 299 Betten	378	0,43	11%	1,7	21%	20%
bis 149 Betten	538	0,30	15%	0,9	23%	15%

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: Nicht dargestellt: 17 Krankenhäuser ohne Angabe der Bettengrößenklasse mit 1 118 COVID-19-Behandlungsfällen (davon 249 mit Intensivaufenthalt).

I.3 Behandlungen akuter Atemwegserkrankungen mit und ohne Covid-19

Schaubild 9 zeigt die Zahl der wöchentlichen Aufnahmen mit Hauptdiagnose Lungenentzündung mit und ohne COVID-19. Die Anzahl aller Behandlungsfälle mit COVID-19 (unabhängig von der Hauptdiagnose) ist als rote Linie dargestellt. Ab der KW 12 reduzierte sich die Anzahl der Aufnahmen mit Lungenentzündung ohne COVID-19 während die Aufnahmen mit COVID-19 anstiegen. Damit lagen die Fallzahlen in KW 11 bis 15 insgesamt um durchschnittlich 20% über denen des Jahres 2019. Im weiteren Verlauf gingen die wöchentlichen Aufnahmen wegen Lungenentzündung (mit und ohne COVID-19) wieder zurück. Dabei lag die Anzahl der Aufnahmen wegen Lungenentzündung zwischen den KW 16 und 41 mit durchschnittlich -20 deutlich unter dem Niveau des Jahres 2019. In der KW 42 wurde das Vorjahresniveau wieder erreicht. Anschließend stiegen die Fallzahlen stark an und waren zwischen den KW 43 und 50 um 58% höher als im Jahr 2019. Die Krankenhaussterblichkeit bei Lungenentzündung ohne COVID-19 war im Jahr 2020 mit 11,4% höher als im Jahr 2019 (9,4%, Tabelle 5).

Schaubild 9
Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Lungenentzündung nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

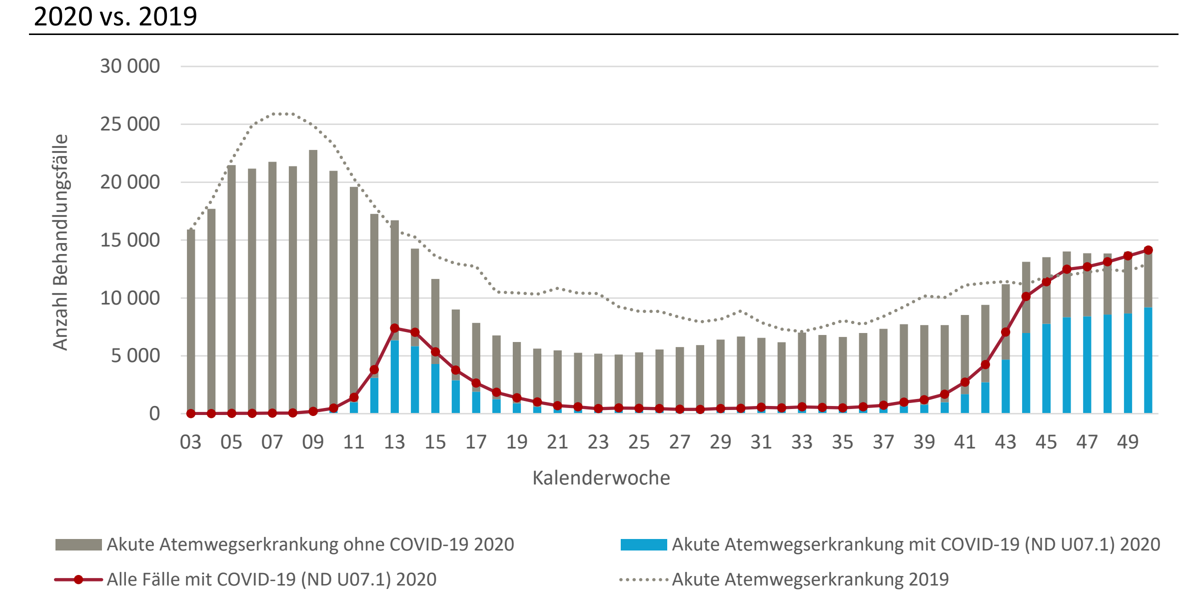
Um die Gesamtheit aller potenziell mit COVID-19 assoziierten Erkrankungen zu betrachten wurden in Schaubild 10 alle Behandlungsfälle mit Hauptdiagnosen akuter Atemwegserkrankungen (d.h. Lungenentzündung, ARDS, COPD mit akuter Exazerbation/Infektion, akute Infektionen obere oder untere Atemwege, Grippe) oder Nebendiagnosen für Virusinfektionen (Viruserkrankung, SARS, RS-Viren, Coronaviren), unterteilt nach dem Vorliegen einer COVID-19 Nebendiagnose, dargestellt. Die Anzahl aller Behandlungsfälle mit COVID-19 (unabhängig von der Hauptdiagnose) ist als rote Linie dargestellt. Bis KW 11 zeigte sich im Jahr 2020 ein ähnlicher, jedoch etwas weniger ausgeprägter saisonaler Verlauf wie im Jahr 2019. Die (zusätzlichen) Fälle mit akuter Atemwegserkrankung und COVID-19 erhöhten die Anzahl der wöchentlichen Aufnahmen zunächst nur in KW 13. Anschließend lagen die Aufnahmen wegen akuten Atemwegserkrankungen bis KW 42 deutlich unter dem Vorjahresniveau. Ab KW 44 zeigte sich, bedingt durch den Anstieg der Fälle mit COVID-19, im Vergleich zum Vorjahr eine Zunahme der wöchentlichen Aufnahmen um durchschnittlich +14%. Die Krankenhaussterblichkeit bei akuten Atemwegserkrankungen

oder Virusinfektionen ohne COVID-19 war im Jahr 2020 mit 7,2% höher als im Jahr 2019 (5,7%, Tabelle 5).

Schaubild 10

Anzahl Behandlungsfälle mit akuter Atemwegserkrankung (inkl. Lungenentzündung) nach KW der Aufnahme

2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Tabelle 5

Behandlungen akuter Atemwegserkrankungen mit und ohne COVID-19

Kennzahlen	2019	2020	Differenz
Lungenentzündung mit COVID-19			
Anzahl Fälle	0	88.502	
Anteil Todesfälle	-	22,1%	
Alter Median (IQR)	-	72 (57-82)	
Lungenentzündung ohne COVID-19			
Anzahl Fälle	310.051	233.717	-76.334 (-25%)
Anteil Todesfälle	9,4%	11,4%	
Alter Median (IQR)	75 (58-83)	76 (60-84)	
Akute Atemwegserkrankung (inkl. Lungenentzündung)* mit COVID-19			
Anzahl Fälle	0	117.462	
Anteil Todesfälle	-	20,1%	
Alter Median (IQR)	-	71 (56-82)	
Akute Atemwegserkrankung (inkl. Lungenentzündung)* ohne COVID-19			
Anzahl Fälle	665.274	464.123	-201.151 (-30%)
Anteil Todesfälle	5,7%	7,2%	
Alter Median (IQR)	67 (22-80)	68 (30-81)	

*Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: IQR: Interquartilsabstand (25. bis 75. Perzentil). – *Hauptdiagnose Lungenentzündung, ARDS, COPD mit akuter Exazerbation/Infektion, akute Infektionen obere oder untere Atemwege, Grippe oder Nebendiagnose Viruserkrankung, SARS, RS-Viren, Coronaviren*

I.4 Weitere, nicht planbare Behandlungen

Um mögliche Effekte durch die Freihaltung von Kapazitäten in Krankenhäusern während der ersten und zweiten Welle der Covid-19 Pandemie auf die stationäre Versorgung von Notfallbehandlungen zu untersuchen, wurden verschiedene Gruppen nicht planbarer Erkrankungen und Behandlungen definiert.

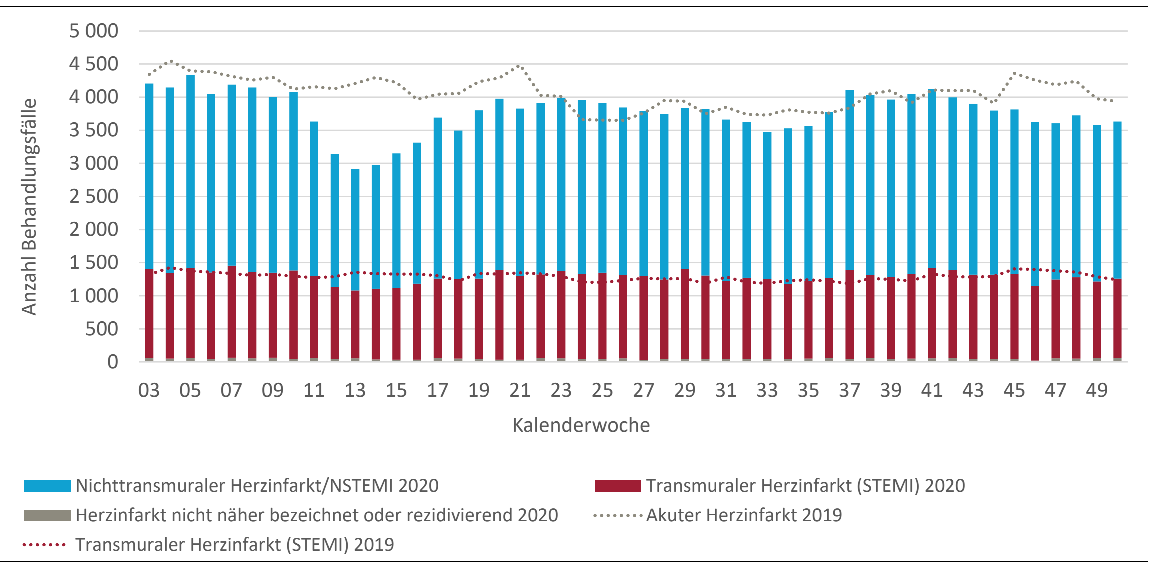
Schaubild 11 zeigt die Anzahl der Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Herzinfarkt, unterteilt nach dem Infarkttyp. Die Anzahl der wöchentlichen Aufnahmen aufgrund eines Herzinfarktes lag zwischen den KW 11 bis 22 um durchschnittlich -16% unter denen des Vorjahres. Zwischen den KW 23 und 41 waren die wöchentlichen Aufnahmen mit dem Vorjahreszeitraum vergleichbar. Zwischen den KW 42 und 50 sanken die Aufnahmen im Vergleich zum Vorjahr um durchschnittlich -9%. Für das gesamte Jahr 2020 lag die Anzahl der Aufnahmen wegen Herzinfarkt etwas unter dem Niveau des Vorjahres (-7%, Tabelle 6). Dabei waren die Fallzahlrückgänge bei „typischen“ transmuralen Herzinfarkten (vorwiegend ST-Streckenhebungs-Herzinfarkt, STEMI) weniger ausgeprägt (Veränderung gegenüber 2019 -4%) als bei nicht-transmuralen Herzinfarkten (Nicht-ST-Streckenhebungs-Herzinfarkt NSTEMI, -8%).

Die Krankenhaussterblichkeit bei Behandlungsfällen mit Hauptdiagnose Herzinfarkt war mit 8,2% im Jahr 2020 etwas höher als im Jahr 2019 mit 8,0%; dies betraf transmurale und nicht-transmurale Herzinfarkte gleichermaßen.

Schaubild 11

Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Herzinfarkt nach KW der Aufnahme

2020 vs. 2019

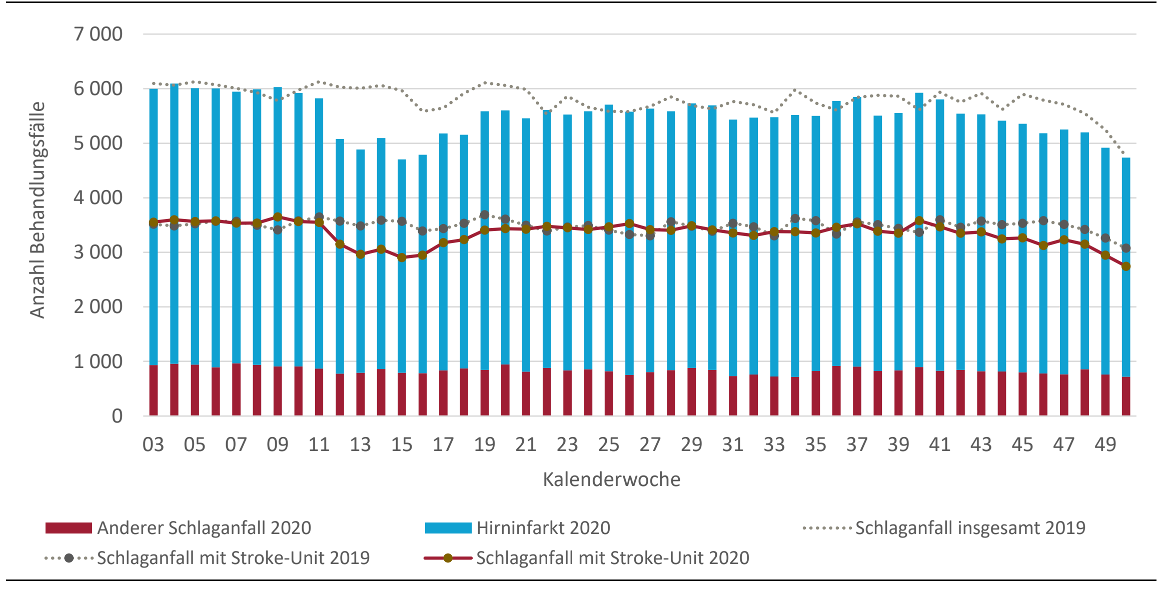


Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Bei Behandlungsfällen mit der Hauptdiagnose Schlaganfall zeigt sich ein Rückgang zwischen KW 12 und KW 21 (Schaubild 12). In diesem Zeitraum war die Anzahl der wöchentlichen Aufnahmen wegen Schlaganfall durchschnittlich um -13% gegenüber dem Vorjahreszeitraum reduziert. Ab der KW 22 betrug die Veränderung gegenüber dem Vorjahr durchschnittlich -3%. Der Anteil der Schlaganfallpatienten, die auf einer Stroke Unit (im Sinne der OPS-Kodes für neurologische oder internistische Komplexbehandlung) versorgt wurden, lag sowohl im Jahr 2020 als auch im Jahr 2019 bei 60%. Insgesamt lag die Anzahl der Aufnahmen wegen Schlaganfall bzw. Hirninfarkt im Jahr 2020 nur leicht unter dem Niveau des Vorjahres (jeweils -4%, Tabelle 6). Die Sterblichkeit

bei Aufnahmen wegen Schlaganfall insgesamt war im Jahr 2020 mit 9,0% etwas höher als 2019 mit 8,7% (Hirninfarkt 2020 6,7%, 2019 6,5%, Tabelle 6).

Schaubild 12
Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Schlaganfall nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019



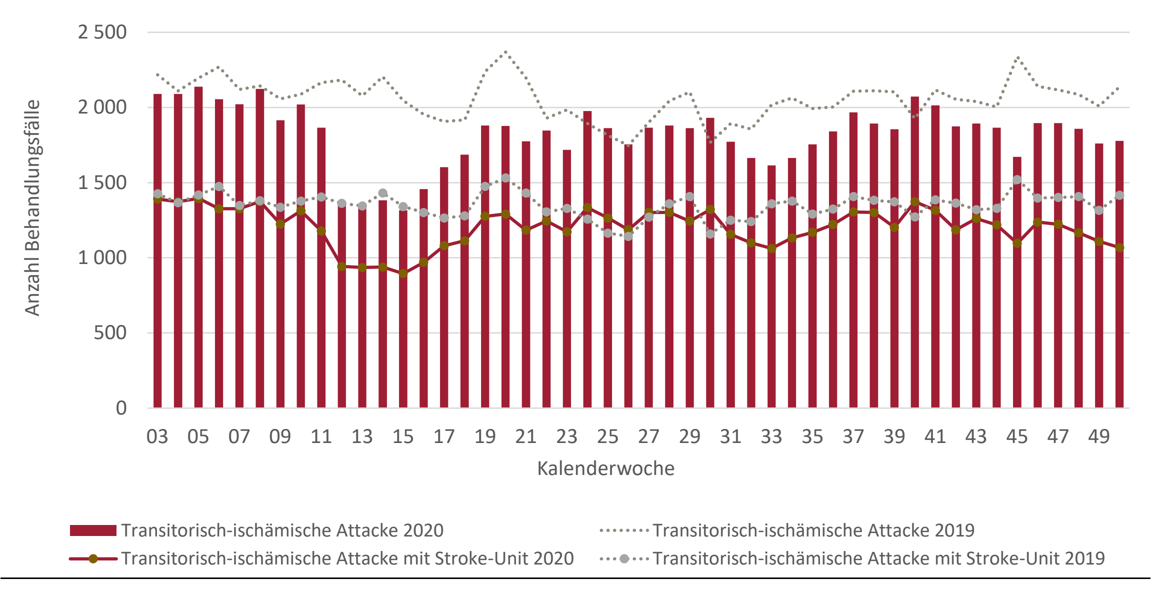
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Auch bei Aufnahmen mit der Hauptdiagnose Transitorische Ischämische Attacke (TIA) zeigte sich der charakteristische Einbruch der Fallzahlen während der ersten Welle der COVID-19 Pandemie (ab KW 12; Schaubild 13). Der Anteil der aufgenommenen TIA-Patienten, die auf einer Stroke Unit (im Sinne der OPS-Kodes für neurologische oder internistische Komplexbehandlung) versorgt wurden, lag im gesamten Zeitraum bei 66% und war damit im Vergleich zum Vorjahreszeitraum unverändert. Insgesamt war der Rückgang der Aufnahmen wegen TIA im Vergleich zum Vorjahr mit -11% stärker ausgeprägt als bei den Aufnahmen wegen Schlaganfall (Tabelle 6).

Schaubild 13

Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose transitorische ischämische Attacke nach KW der Aufnahme

2020 vs. 2019



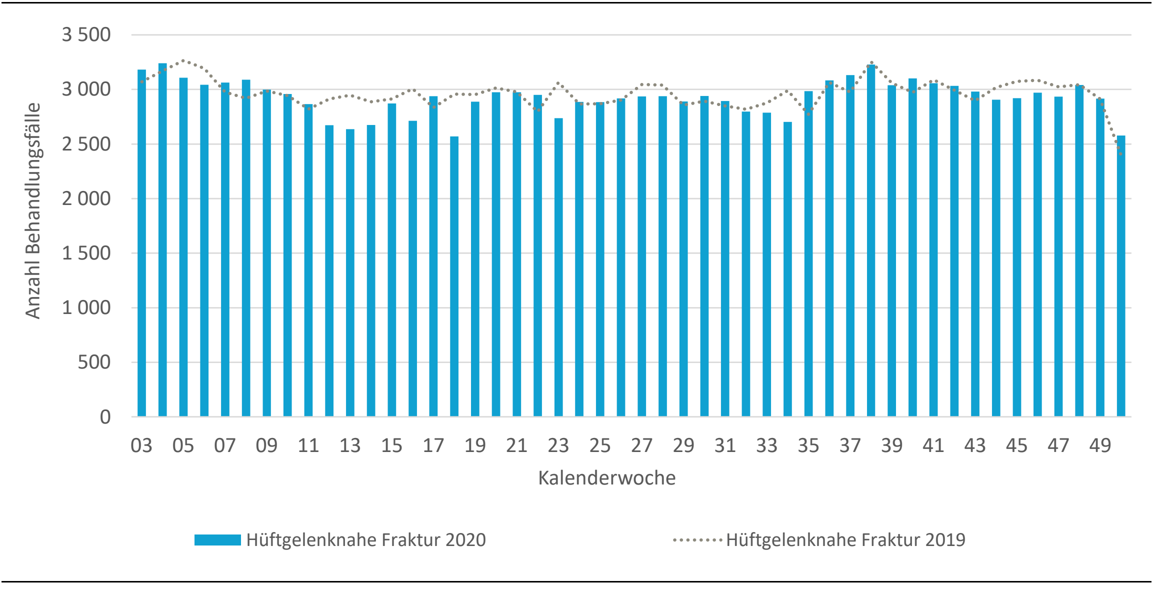
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Die Anzahl der Aufnahmen wegen hüftgelenknaher Fraktur blieb im Jahr 2020 vergleichsweise stabil (Schaubild 14) und war mit einer Veränderung von insgesamt -1% vergleichbar mit dem Jahr 2019 (Tabelle 6). Die Sterblichkeit im Jahr 2020 lag bei 5,3%, im Jahr 2019 bei 5,0%.

Schaubild 14

Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Hüftgelenknahe Fraktur nach KW der Aufnahme

2020 vs. 2019

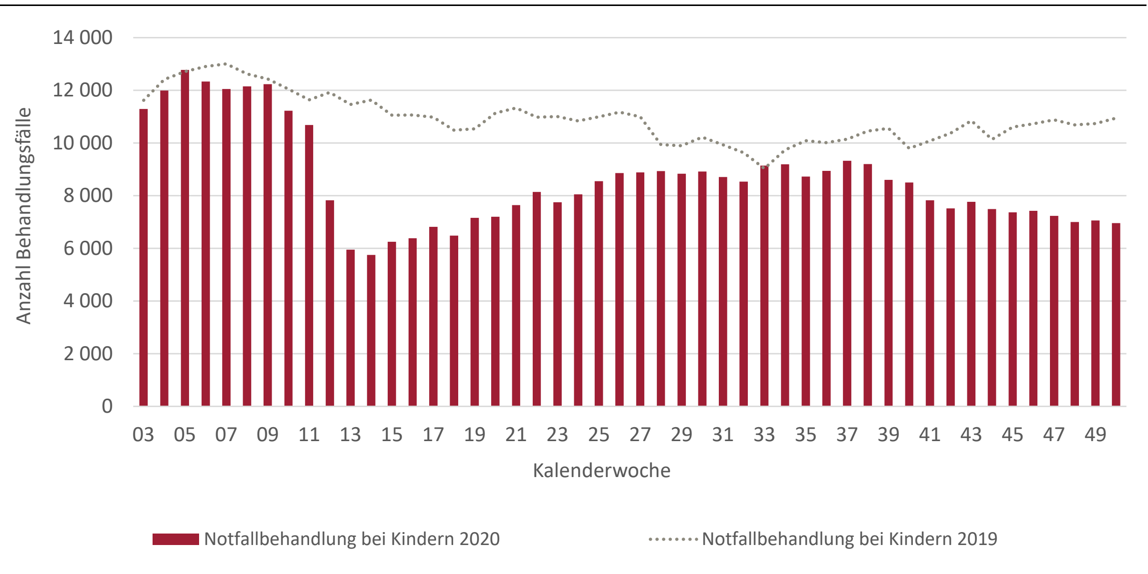


Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Notfallaufnahmen (d.h. stationäre Aufnahme ohne Einweisung) bei Kindern bis 14 Jahren waren im Vergleich zum Vorjahr in der KW 12 um -34% und in der KW 14 sogar um -51% reduziert

(Schaubild 15). Auch im weiteren Verlauf wurde das Niveau des Jahresbeginns der Vorjahreswochen (außer in KW 33) nicht erreicht. Insgesamt wurden damit im Jahr 2020 im Vergleich zu 2019 deutlich weniger Notfallaufnahmen bei Kindern beobachtet (insgesamt -21%, Tabelle 6).

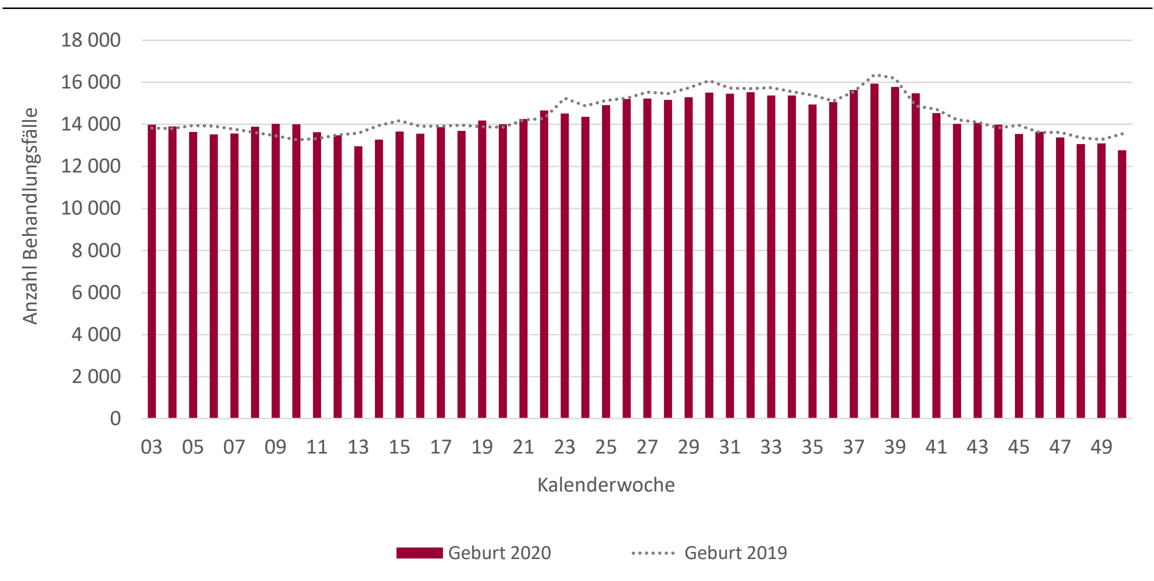
Schaubild 15
Notfallbehandlungen (Aufnahmeanlass N) bei Kindern nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Die Anzahl der Entbindungen (in Krankenhäusern) war sowohl im Jahr 2019 als auch im Jahr 2020 in den Sommermonaten etwas höher als zum Jahresbeginn bzw. -ende. Ein Zusammenhang mit dem COVID-19 Pandemiegeschehen lässt sich erwartungsgemäß nicht erkennen (Schaubild 16).

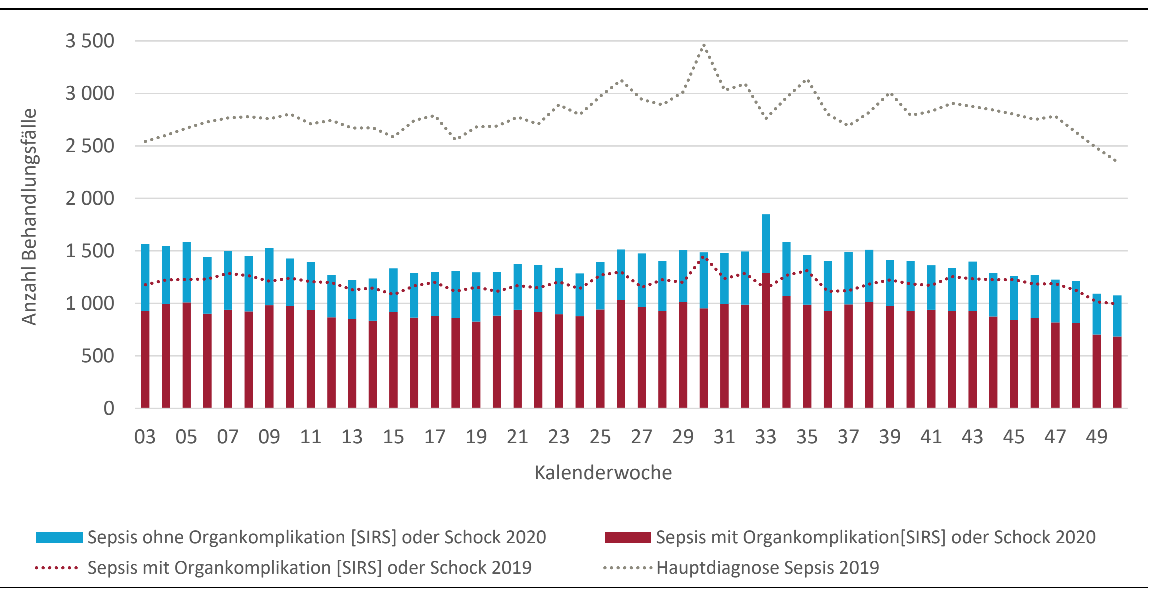
Schaubild 16
Entbindungen nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Aufnahmen wegen Sepsis im Jahr 2020 durchgehend deutlich geringer (insgesamt -50%, Schaubild 17 und Tabelle 6), auch bereits vor Beginn der COVID-19 Pandemie in Deutschland. Dies ist sehr wahrscheinlich auf die im Jahr 2020 in Kraft getretene Änderung der Kodierrichtlinien (Entkopplung der Kodierung von Sepsis und SIRS) vor dem Hintergrund der neugefassten Sepsisdefinition (Sepsis liegt nur dann vor, wenn auch eine Organkomplikation vorhanden ist) zurückzuführen, während der Einfluss des COVID-19 Pandemiegeschehens gering sein dürfte. Die im Vergleich zu 2019 höhere Krankenhaussterblichkeit im Jahr 2020 (Tabelle 6) spricht dafür, dass nunmehr nur noch schwere Sepsisfälle als solche kodiert werden, während die „leichteren" Fälle ohne Organkomplikation oder septischem Schock nicht mehr unter die neugefasste Sepsisdefinition fallen und deshalb mit der hier verwendeten Falldefinition im Jahr 2020 nicht mehr erfasst werden.

Schaubild 17
Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Sepsis nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Tabelle 6
Weitere, nicht planbare Behandlungen

Kennzahlen	2019	2020	Differenz
Herzinfarkt insgesamt			
Anzahl Fälle	208.583	194.577	-14.006 (-7%)
Anteil Todesfälle	8,0%	8,2%	
Alter Median (IQR)	71 (60-80)	71 (60-80)	
Davon: Transmuraler Herzinfarkt [vorwiegend STEMI]			
Anzahl Fälle	66.139	63.732	-2.407 (-4%)
Anteil Todesfälle	11,8%	12,0%	
Alter Median (IQR)	65 (56-77)	65 (56-76)	
Davon: Nichttransmuraler Herzinfarkt [NSTEMI]			
Anzahl Fälle	139.409	128.301	-11.108 (-8%)
Anteil Todesfälle	5,5%	5,7%	
Alter Median (IQR)	74 (62-81)	73 (62-81)	
HD Schlaganfall insgesamt			
Anzahl Fälle	294.870	282.053	-12.817 (-4%)
Anteil Todesfälle	8,7%	9,0%	
Alter Median (IQR)	76 (65-83)	76 (65-83)	
Anteil mit Stroke Unit Behandlung	60%	60%	
Davon: HD Hirninfarkt			
Anzahl Fälle	250.087	239.200	-10.887 (-4%)
Anteil Todesfälle	6,5%	6,7%	
Alter Median (IQR)	77 (66-83)	77 (66-83)	
HD Transitorische Ischämische Attacke			
Anzahl Fälle	105.495	93.728	-11.767 (-11%)
Anteil Todesfälle	0,3%	0,3%	
Alter Median (IQR)	75 (63-82)	75 (63-82)	
Anteil mit Stroke Unit Behandlung	66%	66%	
HD Hüftgelenknahe Fraktur			
Anzahl Fälle	150.029	149.065	-964 (-1%)
Anteil Todesfälle	5,0%	5,3%	
Alter Median (IQR)	82 (76-88)	83 (76-88)	
Aufnahmeanlass „Notfall“ bei Kindern			
Anzahl Fälle	564.145	444.924	-119.221 (-21%)
Entbindung im Krankenhaus			
Anzahl Fälle	742.280	737.261	-5.019 (-1%)
HD Sepsis insgesamt			
Anzahl Fälle	142.147	71.113	-71.034 (-50%)
Anteil mit Organkomplikation [SIRS] oder Schock	43%	66%	
HD Sepsis mit Organkomplikation [SIRS] oder Schock			
Anzahl Fälle	60.731	47.024	-13.707 (-23%)
Anteil Todesfälle	30%	34%	
Alter Median (IQR)	76 (66-83)	76 (65-83)	
HD Sepsis ohne Organkomplikation [SIRS] oder Schock			
Anzahl Fälle	81.416	24.089	-57.327 (-70%)
Anteil Todesfälle	6%	13%	
Alter Median (IQR)	76 (64-83)	77 (64-83)	

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: HD: Hauptdiagnose; IQR: Interquartilsabstand (25. bis 75. Perzentil); STEMI: ST-Streckenhebungs-Herzinfarkt; NSTEMI: Nicht-ST-Streckenhebungsherzinfarkt; SIRS: Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom.

I.5 Planbare Operationen bei bösartiger Neubildung

Ebenso wurden mögliche Effekte durch die Freihaltung von Kapazitäten in Krankenhäusern, während der ersten und zweiten Welle der COVID-19 Pandemie, auf die operative Versorgung von Patienten mit bösartigen Neubildungen betrachtet. Dafür wurden planbare Operationen bei fünf Arten von Neubildungen (Dickdarm oder Enddarm, Speiseröhre, Magen, Bauchspeicheldrüse

und Brust) untersucht. Der Fallzahlrückgang ist mit insgesamt -5% gegenüber dem Vorjahr deutlich geringer als in der Gesamtheit aller Behandlungsfälle (Tabelle 7).

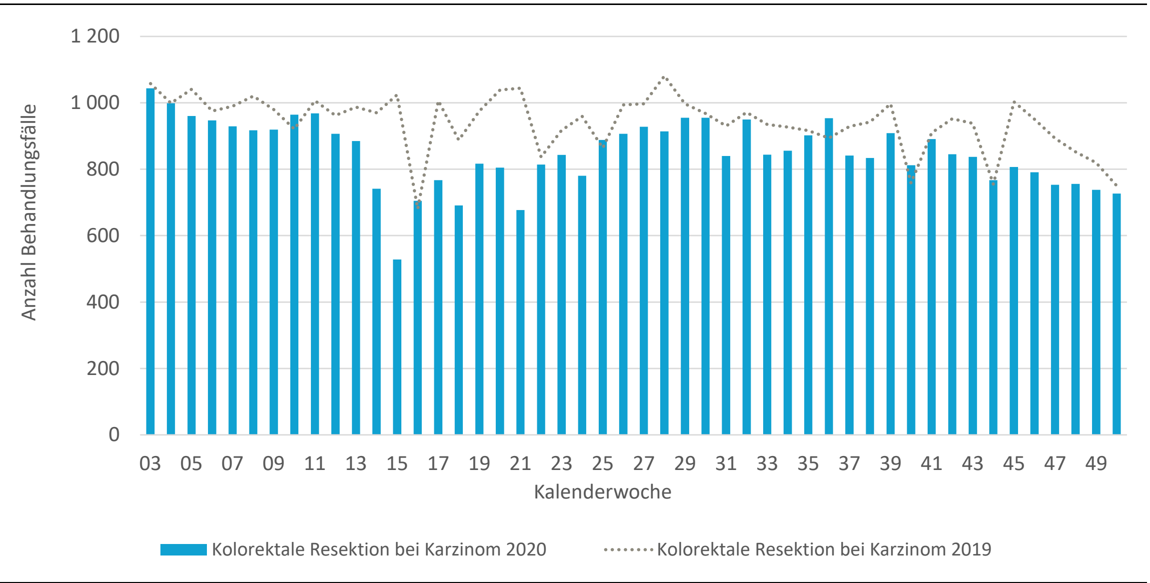
Tabelle 7
Planbare Operationen bei bösartiger Neubildung

Kennzahlen	2019	2020	Differenz
Kolorektale Resektion bei Karzinom			
Anzahl Fälle	47.570	43.104	-4.466 (-9%)
Anteil Todesfälle	4,3%	4,4%	
Alter Median (IQR)	72 (62-80)	72 (62-80)	
Speiseröhrenresektion bei Karzinom			
Anzahl Fälle	3.131	3.248	+117 (+4%)
Anteil Todesfälle	6,3%	6,3%	
Alter Median (IQR)	65 (58-72)	65 (58-72)	
Magenresektion bei Karzinom			
Anzahl Fälle	5.995	5.689	-306 (-5%)
Anteil Todesfälle	6,2%	5,6%	
Alter Median (IQR)	71 (61-79)	70 (61-79)	
Bauchspeicheldrüsenresektion bei Karzinom			
Anzahl Fälle	6.299	6.454	+155 (+2%)
Anteil Todesfälle	7,9%	7,3%	
Alter Median (IQR)	70 (61-77)	69 (61-77)	
Mammaresektion bei Karzinom			
Anzahl Fälle	75.450	73.444	-2.006 (-3%)
Anteil Todesfälle	0,06%	0,05%	
Alter Median (IQR)	63 (52-74)	63 (52-73)	
Betrachtete planbare Operationen bei bösartigen Neubildungen			
Anzahl Fälle	138.445	131.939	-6.506 (-5%)

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: IQR: Interquartilsabstand (25. bis 75. Perzentil).

Die Anzahl der wöchentlichen Aufnahmen zur kolorektalen Resektion bei Karzinom zeigte im Jahr 2020 in der KW 15 sowie im Jahr 2019 in der KW 16 einen deutlichen Einbruch, der in beiden Jahren mit den Osterfeiertagen zusammenfällt (Schaubild 18). Insgesamt lag die Anzahl der Behandlungsfälle im Jahr 2020 um -9% unter dem Niveau des Vorjahreszeitraums (Tabelle 7).

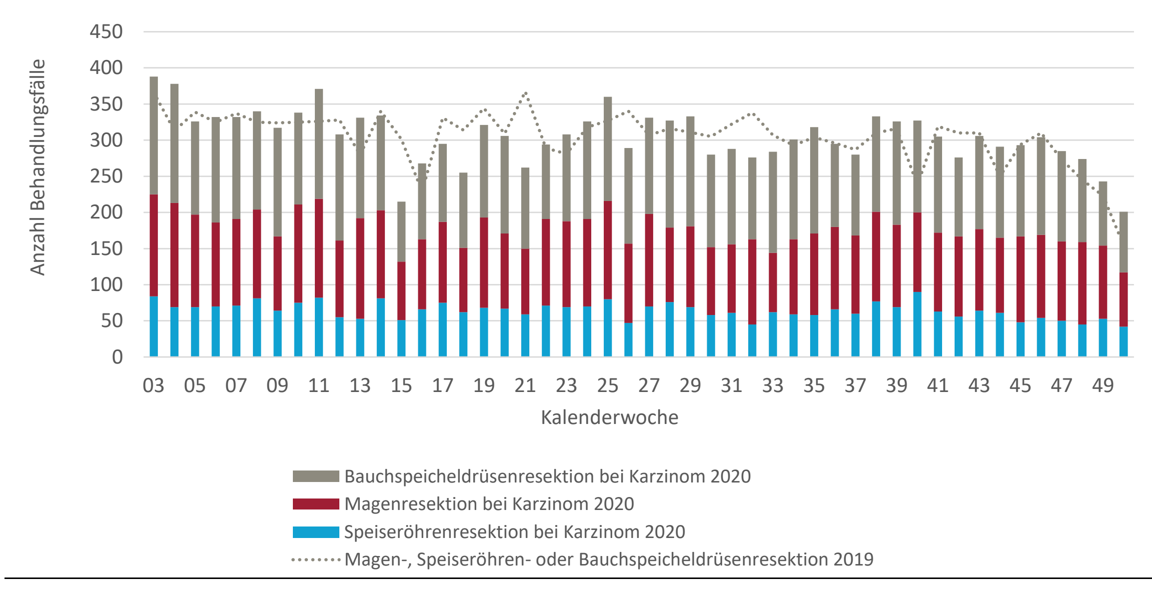
Schaubild 18
Anzahl Behandlungsfälle mit kolorektaler Resektion bei Karzinom nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Weil es sich bei Magen-, Bauchspeicheldrüsen- oder Speiseröhrenresektion wegen bösartiger Neubildung um vergleichsweise seltene Behandlungen handelt, deren Häufigkeit im Zeitverlauf Schwankungen unterliegen kann, wurden diese in Schaubild 19 zusammengefasst dargestellt. Es zeigt sich ein Einbruch der Fallzahlen in der KW 15 des Jahres 2020 (KW 16 im Jahr 2019, jeweils an Ostern) mit anschließend wieder steigenden Zahlen, die jedoch Schwankungen unterworfen sind. Insgesamt war die Anzahl der Magenresektionen bei Karzinom gegenüber dem Vorjahr um -5% reduziert, während sich bei Speiseröhren- (+4%) und Bauchspeicheldrüsenresektionen (+2%) leichte Zuwächse zeigten. Der Rückgang der Fallzahlen zum Jahresende, der sich sowohl im Jahr 2019 als auch im Jahr 2020 beobachten lässt, ist vermutlich durch die zunehmend unvollständige Erfassung von Patientinnen und Patienten mit Entlassung im Folgejahr bedingt. Während die Krankenhaussterblichkeit bei Speiseröhrenresektionen mit 7,3% gegenüber dem Vorjahr unverändert blieb, wurden bei Magenresektionen mit 5,6% (2019: 6,2%) und Bauchspeicheldrüsenresektionen mit 7,3% (2019: 7,9%) eine etwas geringere Krankenhaussterblichkeit gemessen.

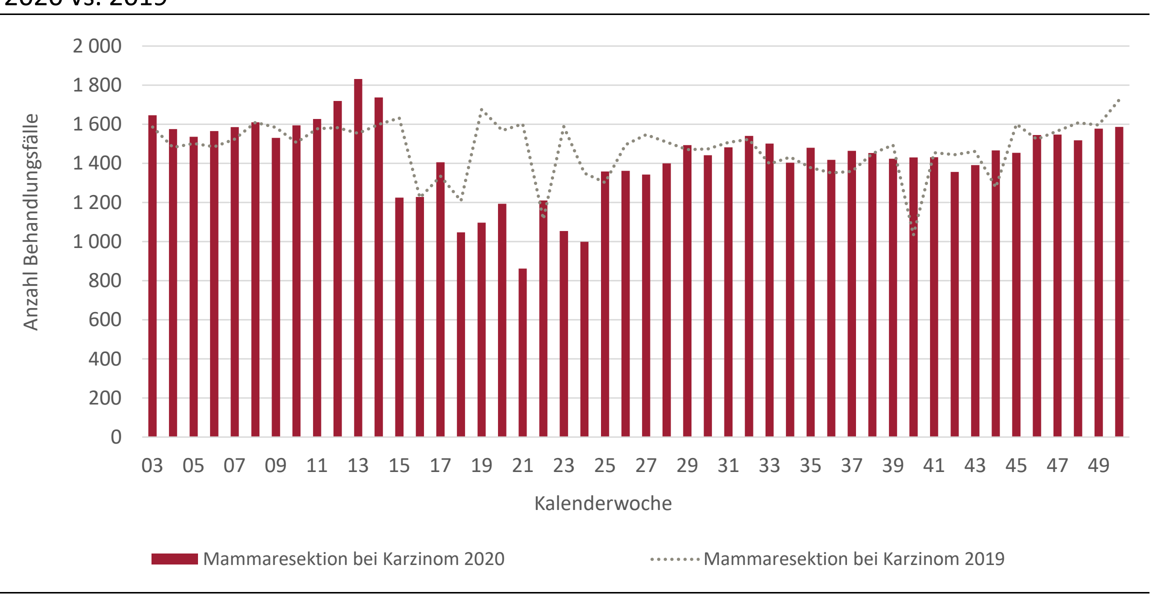
Schaubild 19
Anzahl Behandlungsfälle mit Magen-, Bauchspeicheldrüsen- oder Speiseröhrenresektion bei Karzinom nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Für Mammaresektionen bei Patientinnen mit Brustkrebs lag die Anzahl der wöchentlichen Aufnahmen in den KW 03 bis 14 um durchschnittlich +5% über dem Vorjahresniveau (Schaubild 20). In den KW 15 bis 24 war jedoch ein Rückgang um durchschnittlich -19% gegenüber dem Vorjahr zu beobachten. Im weiteren Verlauf erreichten die Aufnahmen wieder das Vorjahresniveau, sodass die Differenz zum Jahr 2019 insgesamt nur bei -3% lag (Tabelle 7).

Schaubild 20
Anzahl Behandlungsfälle mit Mammaresektion bei Karzinom nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019



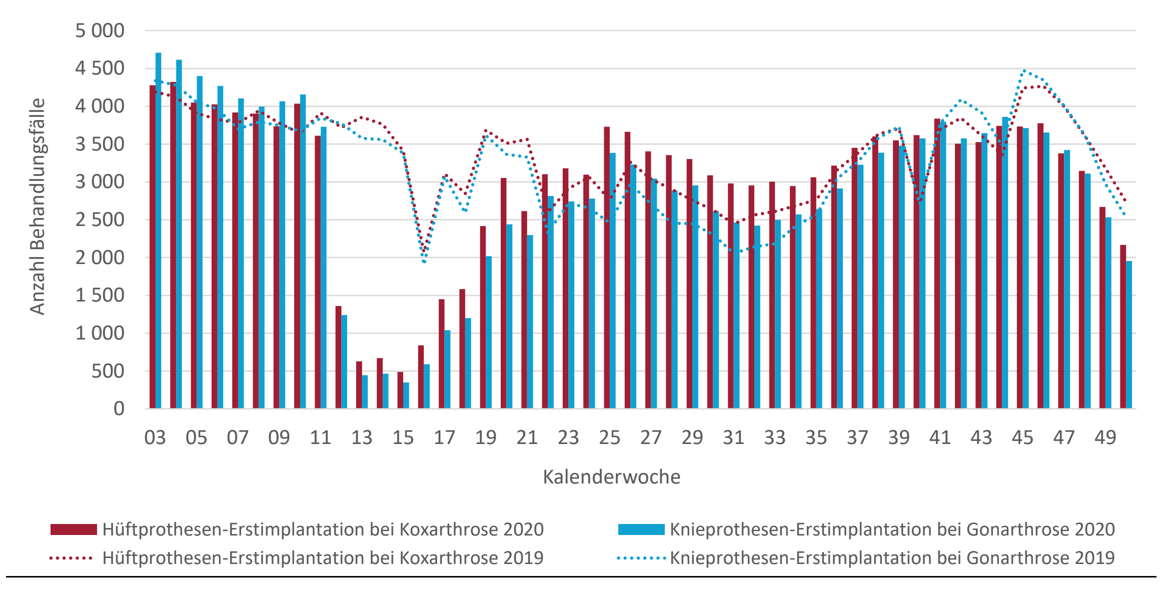
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

I.6 Typische planbare Operationen

Des Weiteren wurden typische planbare Operationen betrachtet, die im Fokus von Politik und Öffentlichkeit hinsichtlich der aktiven „Freihaltung" standen, und zwar Erstimplantationen von Hüft- und Kniegelenks-Endoprothesen bei Kox- bzw. Gonarthrose einerseits sowie Gallenblasenentfernungen bzw. Herniotomien andererseits. Während der Rückgang der Fallzahlen insgesamt knapp dem Durchschnitt entspricht, ist er ausschließlich durch den Zeitraum KW 12 bis KW 21 bedingt.

Der Einbruch der Krankenhausaufnahmen zur Durchführung einer elektiven Hüft- oder Knieprothesen-Erstimplantation zwischen den KW 12 und 21 reduzierte die Fallzahlen um durchschnittlich -55% (Hüfte) bzw. -62% (Knie). Im weiteren Verlauf stiegen die Fallzahlen wieder an. Zwischen den KW 22 und 34 waren im Vergleich zum Vorjahr um +16% (Hüfte) bzw. +15% (Knie) höhere Fallzahlen zu beobachten (Schaubild 21). Dies deutet darauf hin, dass in diesem Zeitraum die ab der KW 12 verschobenen Eingriffe teilweise nachgeholt wurden (als Ausnahme aller betrachteten Patientengruppen). Ab der KW 45 waren wieder sinkende Fallzahlen zu beobachten, die bis KW 50 um -15% (Hüfte) bzw. -17% (Knie) unter denen des Vorjahres lagen. Die Differenz der elektiven Prothesen-Erstimplantationen im Jahr 2020 gegenüber 2019 lag insgesamt bei -9% (Hüfte) bzw. -11% (Knie, Tabelle 8).

Schaubild 21
Anzahl Behandlungsfälle mit Hüft- oder Knieprothesenerstimplantation nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

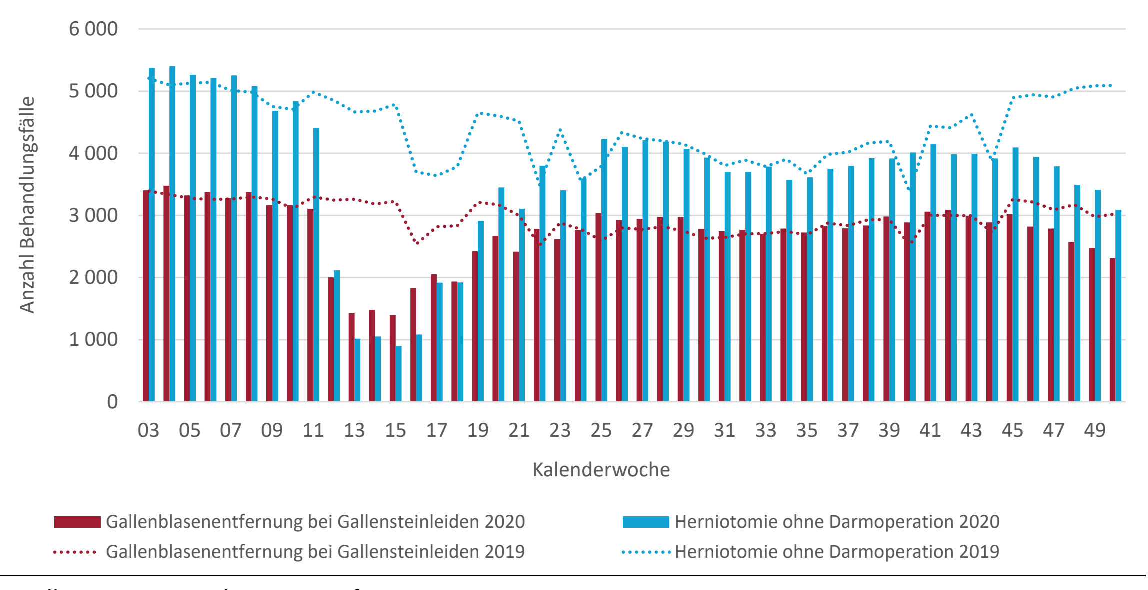
Tabelle 8
Typische planbare Operationen

Kennzahlen	2019	2020	Differenz
Hüftprothesen-Erstimplantation bei Koxarthrose			
Anzahl Fälle	168.509	153.530	-14.979 (-9%)
Knieprothesen-Erstimplantation bei Gonarthrose			
Anzahl Fälle	163.199	145.817	-17.382 (-11%)
Gallenblasenentfernung bei Gallensteinleiden			
Anzahl Fälle	150.987	139.164	-11.823 (-8%)
Herniotomie ohne Darmoperation			
Anzahl Fälle	223.703	185.932	-37.771 (-17%)
Betrachtete typische planbare Operationen insgesamt			
Anzahl Fälle	706.398	624.443	-81.955 (-12%)

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Die Anzahl der Krankenhausaufnahmen zur Durchführung einer Gallenblasenentfernung oder Herniotomie brachen ab der KW 12 stark ein. Der Rückgang zwischen den KW 12 und 21 lag bei durchschnittlich -35% (Gallenblasenentfernung) bzw. -78% (Herniotomie, Schaubild 22). Ab der KW 22 lagen die Fallzahlen in etwa wieder auf dem Vorjahresniveau. Im Gegensatz zu den elektiven Prothesen-Erstimplantationen zeigte sich aber kein deutlicher Nachholeffekt. Ab der KW 45 waren im Jahr 2020 wieder geringere Fallzahlen als im Vorjahr zu beobachten. Die Differenz zwischen den KW 45 und 50 lag dann wieder höher: bei -15% (Gallenblasenentfernung) bzw. -40% (Herniotomie). Insgesamt waren die Fallzahlen im Jahr 2020 im Vergleich zu 2019 bei Gallenblasenentfernungen um -8% und bei Herniotomien um -17% reduziert (Tabelle 8).

Schaubild 22
Anzahl Behandlungsfälle mit Gallenblasenentfernung oder Herniotomie nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

I.7 Ambulant-sensitive Behandlungen

Schließlich wurden die sogenannten ambulant-sensitiven Krankenhausfälle (auch „potenziell vermeidbare“ Krankenhausfälle genannt) betrachtet. Diese gelten international als Indikator für

eine unzureichende ambulante Behandlung, da sie primär bei entweder unzureichender ambulanter Behandlung oder vermeidbaren Komplikationen auftreten sollten. Sie können aber auch als ein Indikator für genutzte Überkapazitäten des stationären Sektors dienen. Die OECD zählt zu dieser Gruppe Diabetes, Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, COPD und Asthma (jeweils als Hauptdiagnose). In der vorliegenden Auswertung wurden alle Behandlungsfälle mit entsprechenden Hauptdiagnosen bei Erwachsenen (Alter ab 20 Jahre) betrachtet.

Innerhalb der EU lag Deutschland 2015 mit 6,3% ambulant-sensitiven als Anteil an allen Krankenhausfällen hinter Bulgarien, Rumänien und Polen an vierter Stelle (bezogen auf die Bevölkerung hinter Bulgarien und Rumänien an Platz 3; vgl. Abb. 2.3 in OECD Health at a Glance Europe 2018).[19] Es wäre also zu erwarten, dass im Jahr 2020 weniger solcher potenziell vermeidbaren stationären Behandlungen stattgefunden haben. Dies war mit -18% auch tatsächlich der Fall, und zwar bis Dezember anhaltend (Tabelle 9). Dass sich diese Entwicklung verstetigt, d. h. dauerhaft zu beobachten sein wird, ist somit zumindest nicht unwahrscheinlich.

Tabelle 9
Ambulant-sensitive Behandlungen

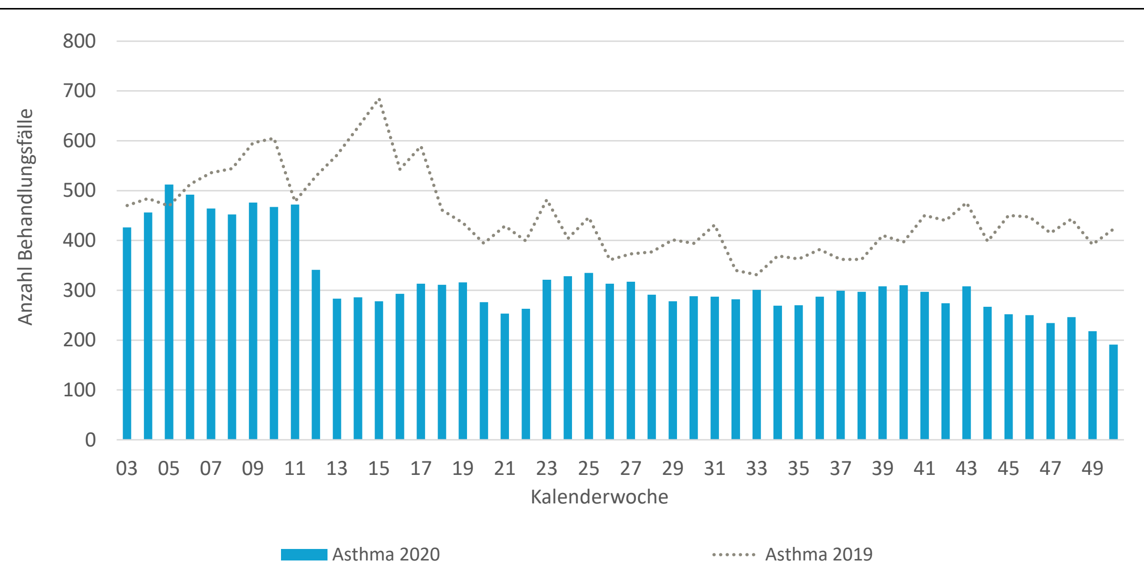
Kennzahlen	2019	2020	Differenz
HD Asthma			
Anzahl Fälle	23.212	16.445	-6.767 (-29%)
Anteil Todesfälle	0,5%	0,6%	
Alter Median (IQR)	56 (40-72)	56 (39-71)	
HD Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)			
Anzahl Fälle	232.882	166.932	-65.950 (-28%)
Anteil Todesfälle	4,0%	4,6%	
Alter Median (IQR)	71 (63-79)	71 (63-79)	
HD Diabetes mellitus			
Anzahl Fälle	184.301	153.730	-30.571 (-17%)
Anteil Todesfälle	1,8%	2,0%	
Alter Median (IQR)	69 (56-79)	69 (56-80)	
HD Herzinsuffizienz			
Anzahl Fälle	489.363	428.884	-60.479 (-12%)
Anteil Todesfälle	7,8%	8,2%	
Alter Median (IQR)	81 (74-86)	81 (73-86)	
HD Bluthochdruck			
Anzahl Fälle	247.160	203.818	-43.342 (-18%)
Anteil Todesfälle	0,2%	0,2%	
Alter Median (IQR)	72 (60-81)	73 (61-81)	
Alle betrachteten ambulant-sensitiven Behandlungen			
Anzahl Fälle	*1.176.918*	*969.809*	*-207.109 (-18%)*

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: HD: Hauptdiagnose; IQR: Interquartilsabstand (25. bis 75. Perzentil).

Bei erwachsenen Behandlungsfällen mit der Hauptdiagnose Asthma (Schaubild 23) zeigte sich im Jahr 2020 der charakteristische Einbruch der Behandlungsfallzahlen ab der KW 12. Auch anschließend blieben die Fallzahlen deutlich unter dem Niveau des Vorjahres und zeigten zum Jahresende eine wieder zunehmende Differenz im Vergleich zu 2019. Insgesamt lag die Veränderung von 2020 gegenüber dem Vorjahr bei -29% (Tabelle 9).

[19] *In Health at a Glance Europe 2020 werden nur noch die Werte nach Indikationen getrennt dargestellt: Danach wies Deutschland 2017 bei Asthma/ COPD die vierthöchsten (von 21 EU-Ländern), bei Herzinsuffizienz die fünfthöchsten (von 20) und bei Diabetes die fünfhöchsten (von 21) Hospitalisierungsraten auf. Sie lagen damit um 39%, 41% bzw. 60% über dem Schnitt der 20 bzw. 21 Länder mit entsprechenden Daten.*

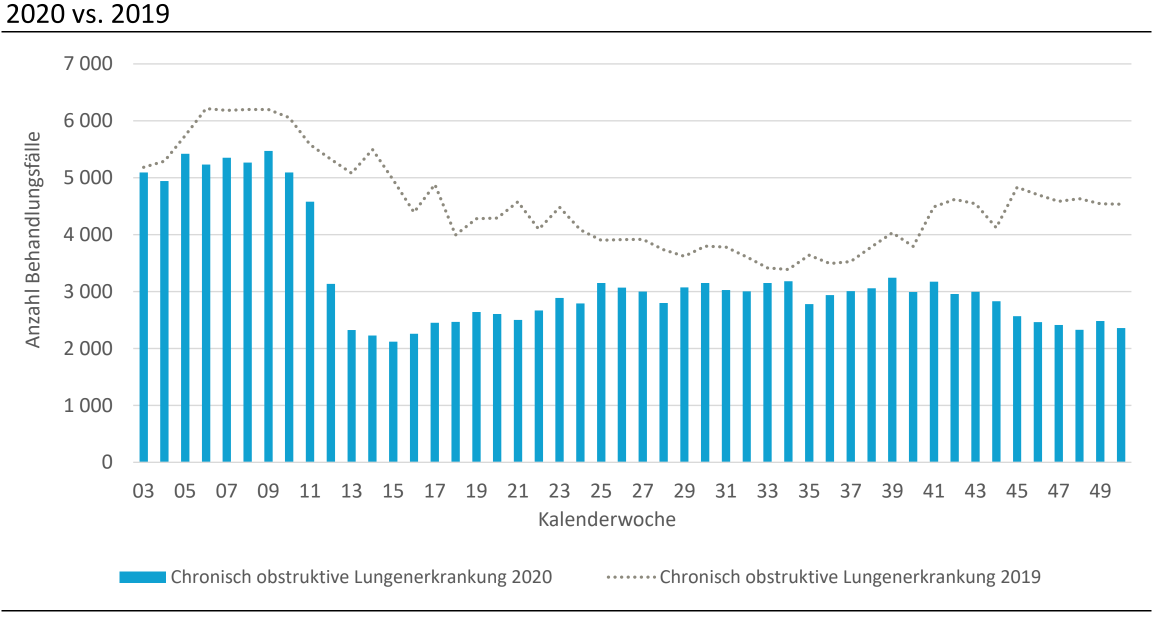
Schaubild 23
Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Asthma nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Bei Behandlungsfällen mit der Hauptdiagnose Chronische obstruktive Lungenerkrankung (Schaubild 24) zeigte sich im Jahr 2020 ein ähnlicher Verlauf mit Einbruch der Behandlungsfallzahlen ab der KW 12. Nach dem anschließenden Wiederanstieg der wöchentlichen Aufnahmen blieben die Fallzahlen auch hier deutlich unter dem Niveau des Vorjahres (insgesamt -26%) und zeigten zum Jahresende eine zunehmende Differenz. Die Krankenhaussterblichkeit lag im Jahr 2020 mit 4,6% etwas höher als im Jahr 2019 mit 4,0% (Tabelle 9).

Schaubild 24
Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Chronische obstruktive Lungenerkrankung nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019



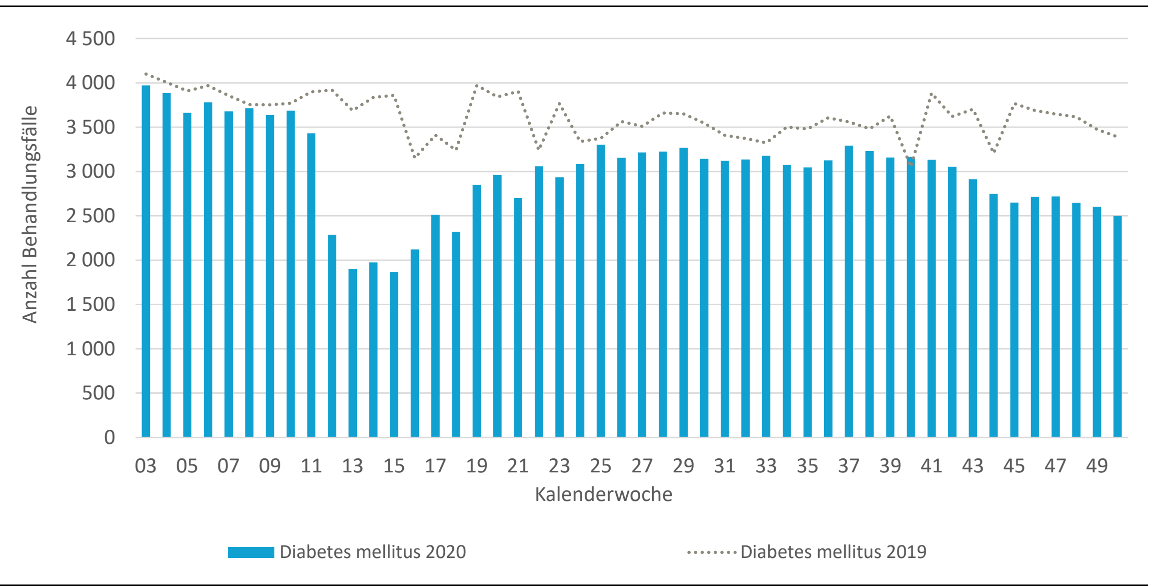
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Die Anzahl der wöchentlichen Aufnahmen mit der Hauptdiagnose Diabetes (Schaubild 25) zeigte einen ähnlichen Verlauf, hier waren die Fallzahlen im Vergleich zum Vorjahr um -17% reduziert (Tabelle 9).

Schaubild 25

Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Diabetes mellitus nach KW der Aufnahme

2020 vs. 2019



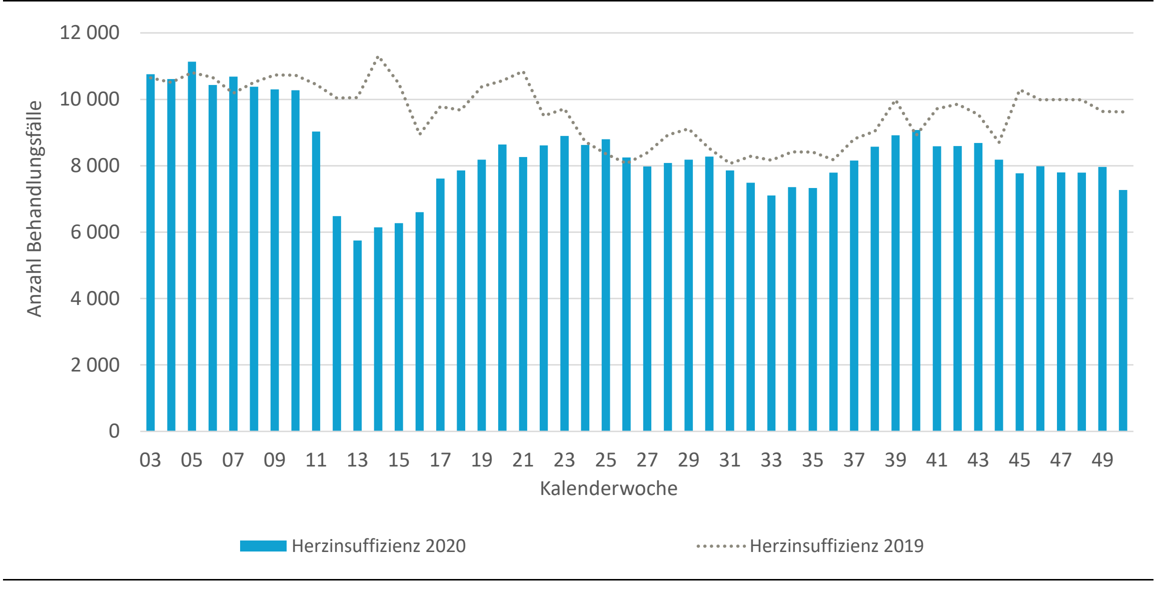
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Auch bei den Behandlungsfällen mit der Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Schaubild 26) zeigt sich der charakteristische Verlauf der wöchentlichen Aufnahmen im Vergleich der Jahre 2019 und 2020. Die Differenz der Fallzahlen lag hier bei insgesamt -12%, die Krankenhaussterblichkeit 2020 war mit 8,2% im Jahr 2020 etwas höher als im Jahr 2019 mit 7,8% (Tabelle 9).

Schaubild 26

Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Herzinsuffizienz nach KW der Aufnahme

2020 vs. 2019



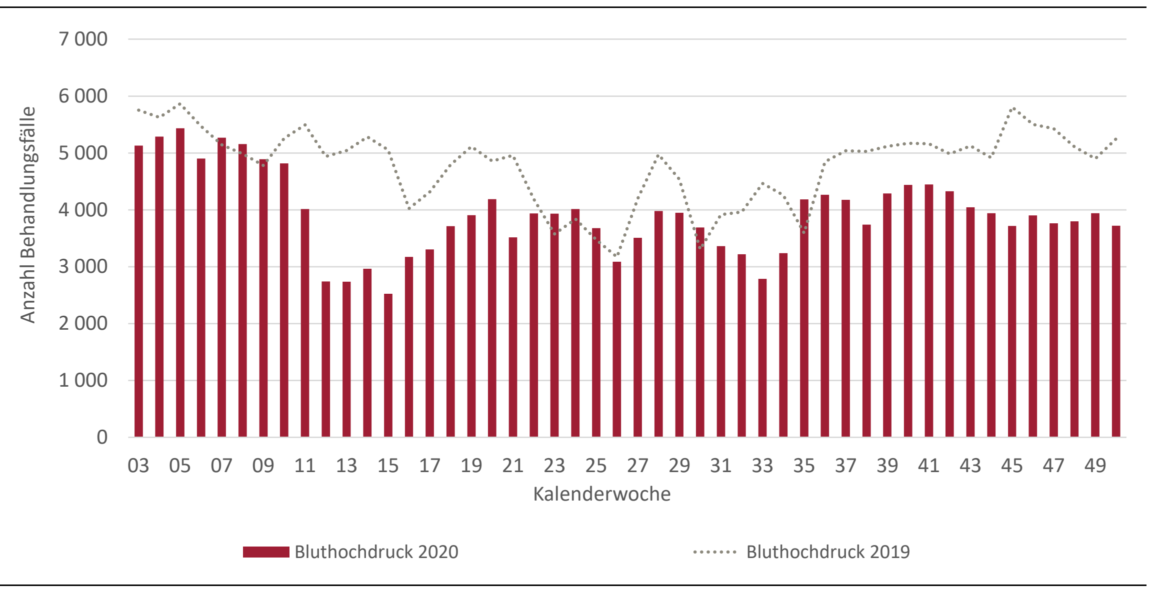
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Ein ähnlicher Verlauf zeigte sich auch bei den Behandlungsfällen mit der Hauptdiagnose Bluthochdruck (Schaubild 27), wobei die wöchentlichen Aufnahmen in beiden Betrachtungsjahren größeren Schwankungen unterliegen. Insgesamt war auch hier ein Rückgang der Fallzahlen im Jahr 2020 um -18% gegenüber 2019 zu beobachten (Tabelle 9).

Schaubild 27

Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Bluthochdruck nach KW der Aufnahme

2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

I.8 Vermutetes ambulantes Potenzial

Gegenüber dem vorigen Bericht wurden die bisher vorliegenden Auswertungen erweitert. Ausgangspunkt war die in anderen Gutachten gemachte Beobachtung, dass es etliche DRGs gibt, in denen ein substantieller Anteil auf Fälle mit einer Verweildauer von einem Tag entfällt (bzw. maximal 3 Tagen). Bei diesen Fällen wird vermutet, dass eine stationäre Leistungserbringung eigentlich gar nicht notwendig ist, d.h. dass die Leistung ambulant erbracht werden könnte. Es ist zu vermuten, dass der Rückgang der stationären Fallzahlen 2020 im Vergleich zu 2019 bei diesen DRGs überdurchschnittlich hoch ist. Diese These wurde in den vorhergehenden Abschnitten etwa durch den Rückgang bei stationären Fällen mit Herniotomien, also Leistenhernien-Operationen, um 17% gestützt. Die meisten von diesen werden in DRGs G24B und G24C klassifiziert, die für 2020 durchschnittliche Verweildauern von 1,66 bzw. 2,02 Tage aufwiesen.

Daraufhin wurden für sieben andere operative DRGs und eine diagnostische DRG untersucht, ob für diese 2020 ähnliche Entwicklungen aufgezeigt werden können. Insgesamt betraf dies über 600 000 Fälle im Jahr 2019, davon in jeder einzelnen DRG über 25.000 Fälle. Ziemlich genau 50% dieser Fälle wiesen 2019 eine Verweildauer (VD) von einem Tag auf. Die erzielte durchschnittliche Vergütung lag in allen DRGs – z.T. deutlich – unter 3 000 Euro.

Es folgt zunächst der wochenweise Vergleich 2020 vs. 2019 und anschließend eine DRG-übergreifende Auswertung. Die wöchentlichen Fallzahlen ausgewählter Behandlungsfälle, bei denen aufgrund ihrer DRG-Gruppierung (in beiden Betrachtungsjahren nach dem G-DRG System 2020) ein ambulantes Potenzial vermutet wird, wurden nach ihrer Verweildauer (VD=1 vs. VD>1) stratifiziert dargestellt. Ziel war zu prüfen, ob diese Fälle insgesamt überdurchschnittlich zurückgingen

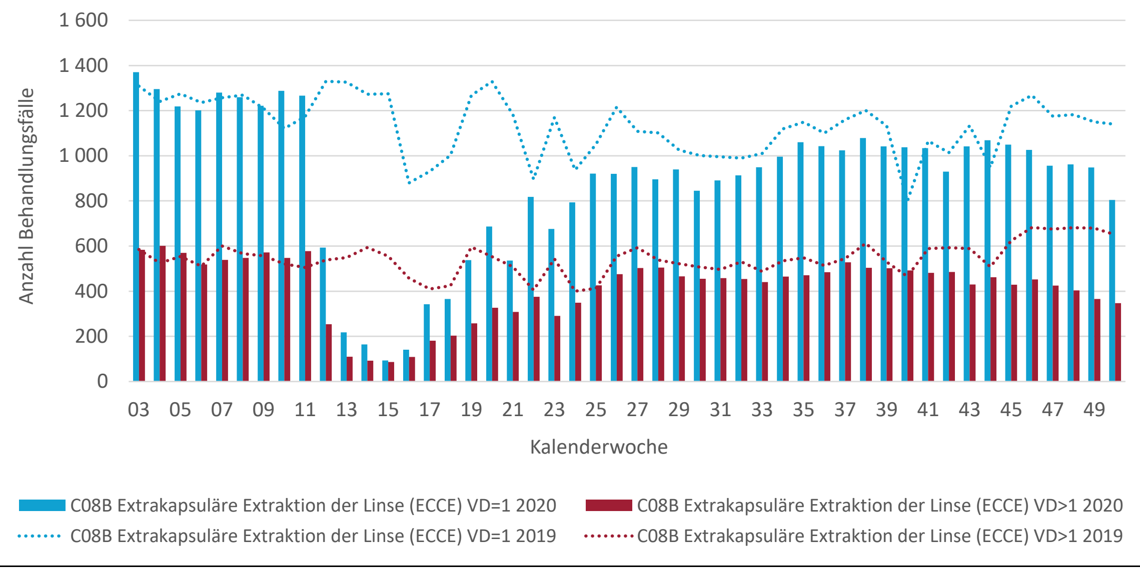
und insbesondere ob Behandlungsfälle mit kurzer Verweildauer stärker von Fallzahlrückgängen betroffen sind als Behandlungsfälle mit längerer Verweildauer.

Die Darstellung erfolgt zunächst für die sieben operativen DRGs und dann für die nicht-operative diagnostische DRG.

Operative Eingriffe

Schaubild 28 zeigt die wöchentlich entlassenen Behandlungsfälle, die in die DRG C08B (vorwiegend Eingriffe an der Augenlinse bei Katarakt) eingruppiert wurden. Bis KW 11 waren die Behandlungsfallzahlen im Jahr 2020 mit dem Vorjahreszeitraum vergleichbar. Zwischen den KW 12 und 21 reduzierten sich die Fallzahlen um durchschnittlich -69% (VD=1) bzw. -62% (VD>1) und erreichten auch in den folgenden Wochen nicht mehr das Vorjahresniveau. Insgesamt veränderte sich die Fallzahl im Jahr 2020 um -22% im Vergleich zum Jahr 2019. Der Anteil der Behandlungsfälle mit VD=1 lag in beiden Jahren bei 68% (Tabelle 10). Die durchschnittliche Verweildauer betrug 2020, praktisch unverändert zu 2019, 1,55 Tage.

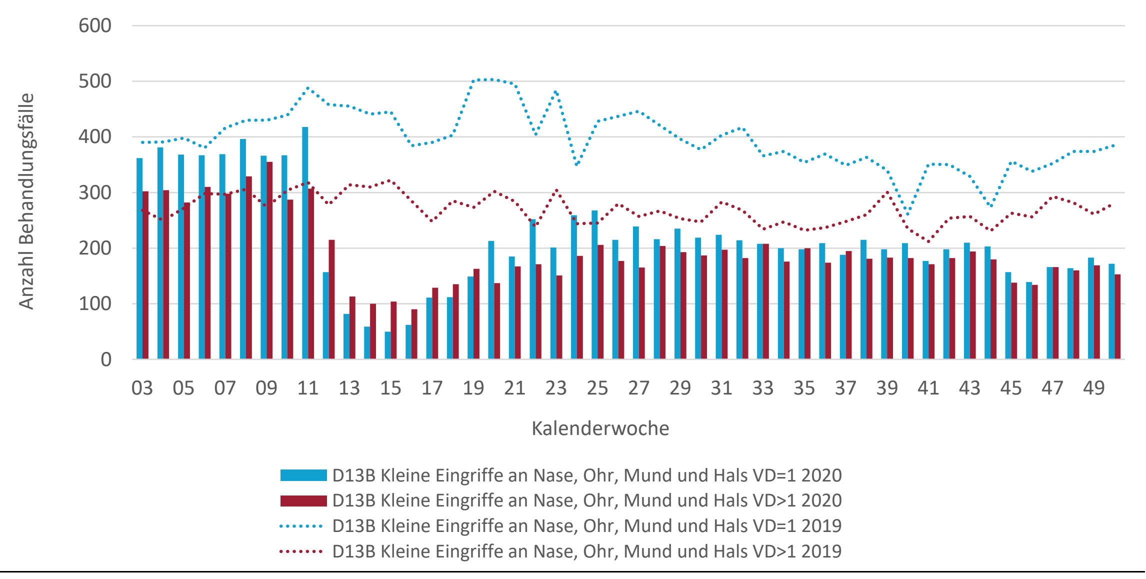
Schaubild 28
Anzahl Behandlungsfälle mit DRG C08B nach KW der Entlassung
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: VD: Verweildauer. DRG C08B: Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse oder bestimmte Eingriffe am Auge.

Die DRG D13B umfasst kleinere Eingriffe der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, wie beispielsweise die Operation der Rachenmandeln (Adenotomie) oder die Eröffnung des Trommelfells (Parazentese). Hier waren ebenfalls zwischen den KW 12 und 21 ausgeprägte Fallzahlrückgänge zu beobachten, die bei Fällen mit VD=1 bei -74% und bei Fällen mit VD>1 bei -53% lagen (Schaubild 29). Im weiteren Verlauf verblieb eine deutliche Differenz zum Vorjahr, sodass die Veränderung der Fallzahlen insgesamt -38% betrug. Mit -44% war die Veränderung bei Fällen mit VD=1 jedoch stärker ausgeprägt. Der Anteil der Fälle mit VD=1 verringerte sich von 59% im Jahr 2019 auf 53% im Jahr 2020 (Tabelle 10). Die durchschnittliche Verweildauer betrug 2020, mit einem Anstieg um 0,1 ggü. 2019, 2,18 Tage.

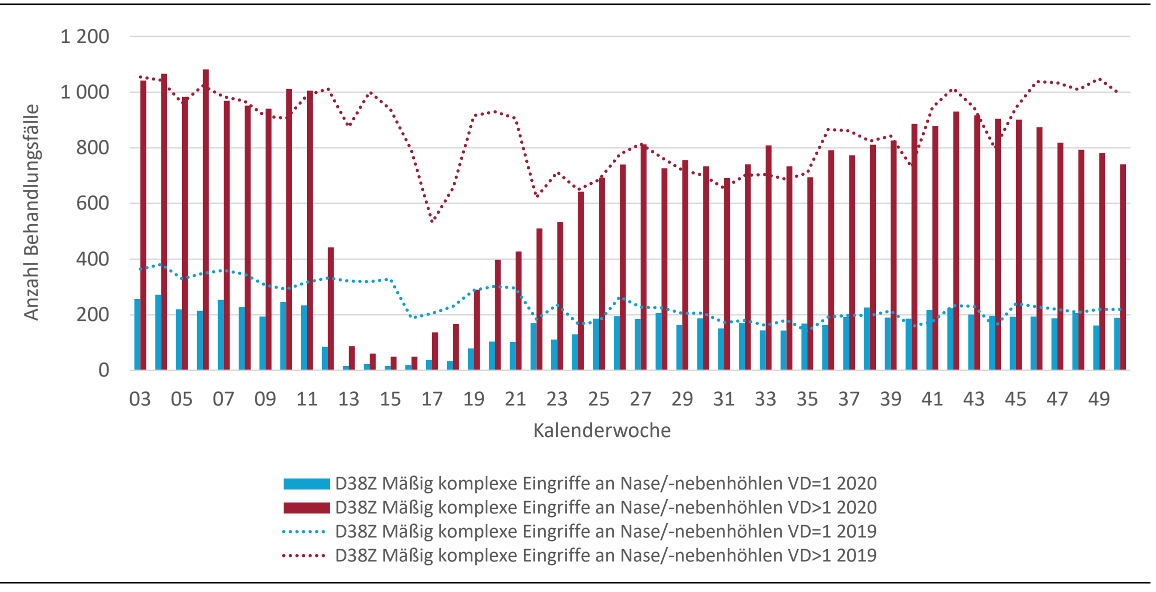
Schaubild 29
Anzahl Behandlungsfälle mit DRG D13B nach KW der Entlassung
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: VD: Verweildauer. D13B: Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals ohne komplizierende Diagnose, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere CC

Die DRG D38Z umfasst mehrheitlich Eingriffe an der Nasenscheidewand und Nasenmuschel zur Korrektur von Fehlstellungen. Hier fällt auf, dass die Fallzahlen bei Behandlungsfällen mit VD=1 bereits zu Beginn des Jahres 2020 niedriger waren als im Jahr 2019 (KW 03 bis KW 11 durchschnittlich -30%). Zwischen den KW 13 und 16 lagen die Fallzahlen um mehr als -90% unter denen des Vorjahreszeitraumes. Ab der KW 25 lagen die wöchentlichen Fallzahlen zunächst wieder in etwa auf dem Vorjahresniveau, bevor ab der KW 45 wieder Rückgänge zu beobachten waren (Schaubild 30). Insgesamt lagen die Fallzahlen im Jahr 2020 um -22% unter denen des Vorjahres. Bei Fällen mit VD=1 war diese Differenz mit -33% sogar noch stärker ausgeprägt (Tabelle 10). Die durchschnittliche Verweildauer betrug 2020, mit minimalem Abfall von 0,03 Tagen ggü. 2019, 2,64 Tage.

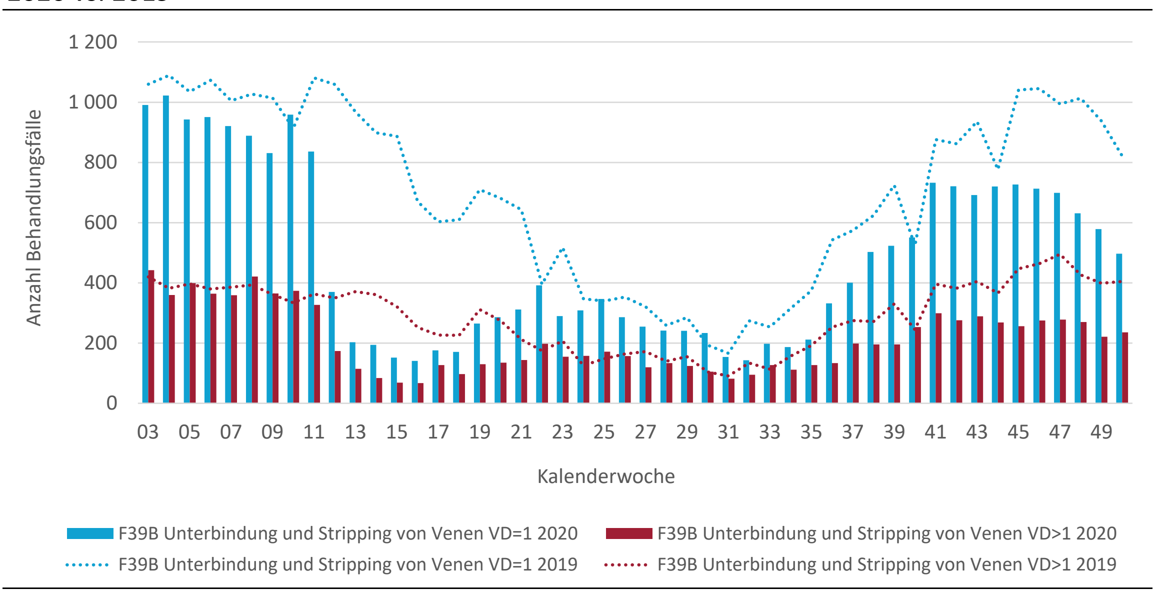
Schaubild 30
Anzahl Behandlungsfälle mit DRG D38Z nach KW der Entlassung
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: VD: Verweildauer. D38Z: Mäßig komplexe Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen, Gesichtsschädelknochen

Auch bei Behandlungsfällen mit der DRG F39B (Unterbindung und Stripping von Venen, vorwiegend bei Krampfadern) lagen die Fallzahlen bei Behandlungsfällen mit VD=1 bereits zu Beginn des Jahres 2020 etwas unter denen des Jahres 2019. Zwischen den KW 12 und 21 wurden die Fallzahlen um -70% (VD=1) bzw. -59% (VD>1) reduziert. Im weiteren Verlauf blieben die Fallzahlen 2020 weiterhin geringer als 2019 (Schaubild 31). Insgesamt betrug die Fallzahlveränderung in DRG F39B im Jahr 2020 -30% im Vergleich zu 2019 (Tabelle 10). Die durchschnittliche Verweildauer betrug 2020, praktisch unverändert zu 2019, 1,44 Tage.

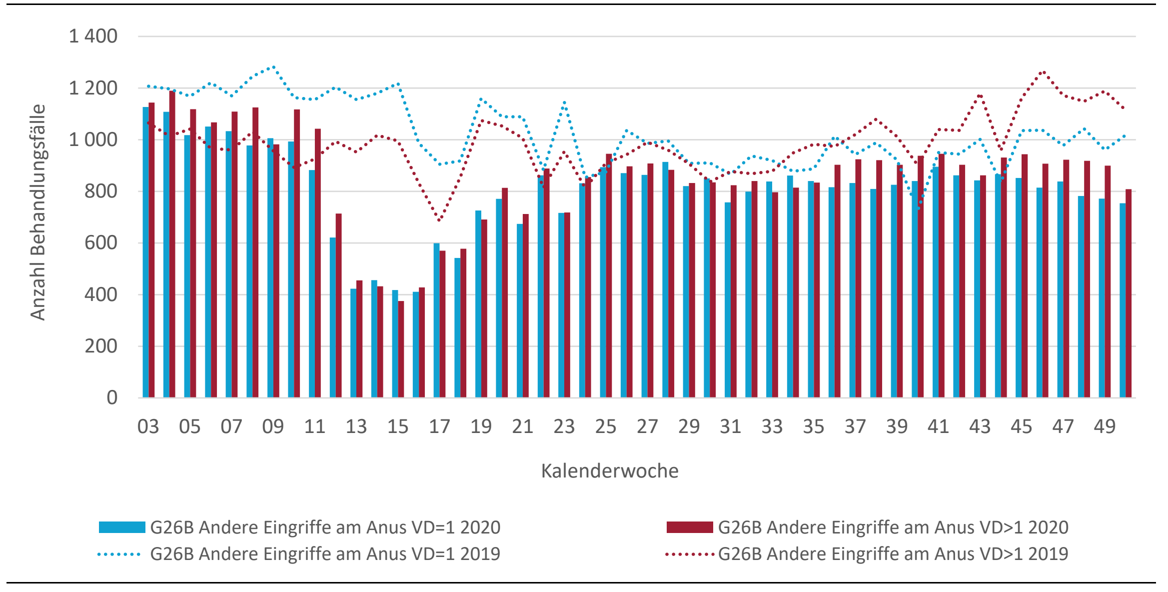
Schaubild 31
Anzahl Behandlungsfälle mit DRG F39B nach KW der Entlassung
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: VD: Verweildauer. F39B: Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC

Die DRG G26B umfasst Behandlungsfälle mit Eingriffen am Anus, überwiegend zur Versorgung von Hämorrhoiden oder Abszessen, Fisteln oder Fissuren der Analregion. Hier lag die Anzahl der Behandlungsfälle mit VD=1 zu Beginn des Jahres 2020 unter der des Jahres 2019 (bis KW 11 durchschnittlich -15%), während die Behandlungsfälle mit VD>1 die Vorjahresfallzahlen überstiegen (+12%). Zwischen den KW 12 und 16 reduzierten sich die Fallzahlen gegenüber dem Vorjahr um durchschnittlich -59% (VD=1) bzw. -50% (VD>1). Im weiteren Verlauf blieben die Fallzahlen im Jahr 2020 tendenziell unter dem Vorjahresniveau (Schaubild 32). Die Differenz über das ganze Jahr betrug insgesamt -17% und bei Fällen mit VD=1 -20% (Tabelle 10). Die durchschnittliche Verweildauer betrug 2020, praktisch unverändert zu 2019, 2,22 Tage.

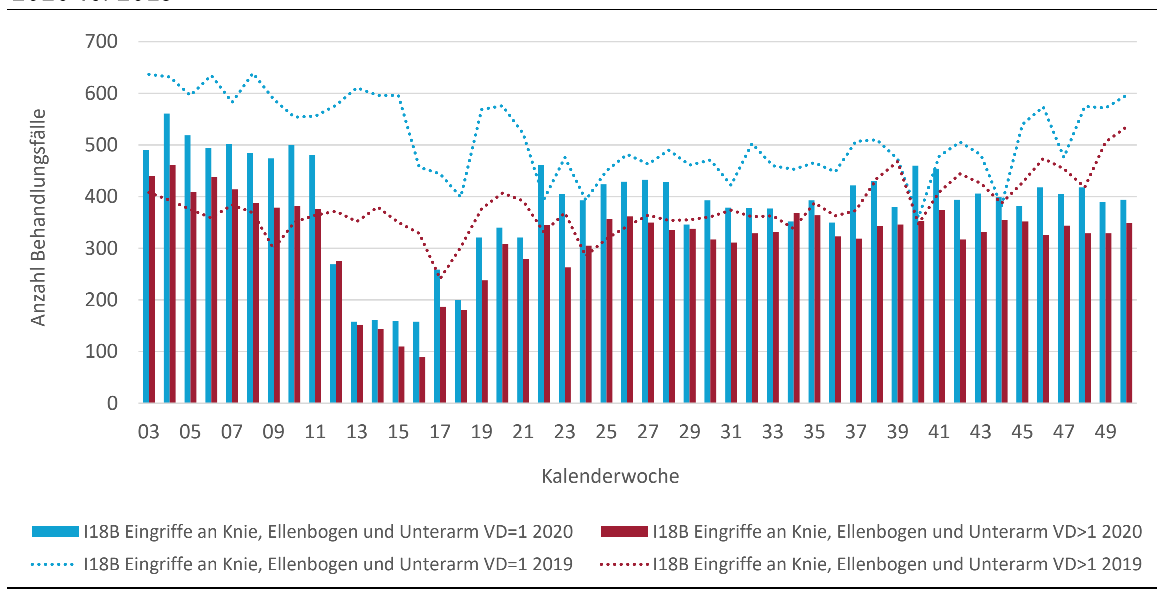
Schaubild 32
Anzahl Behandlungsfälle mit DRG G26B nach KW der Entlassung
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: VD: Verweildauer G26B: Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 15 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff am Rektum

In die DRG I18B werden überwiegend Behandlungsfälle mit arthroskopischen Eingriffen zur Behandlung von Kniegelenkschäden eingruppiert. Auch in dieser Gruppe liegen die Fallzahlen insbesondere bei Fällen mit VD=1 am Anfang des Jahres 2020 unter denen des Jahres 2019 (KW 03 bis 11 durchschnittlich -17%). Die Fallzahlrückgänge zwischen KW 12 und 21 liegen bei durchschnittlich -55% (VD=1) bzw. -44% (VD>1). In den nachfolgenden Wochen lagen die Fallzahlen 2020 tendenziell unter dem Vorjahresniveau (Schaubild 33). Die Fallzahlveränderung 2020 gegenüber 2019 lag insgesamt bei -20% und bei Behandlungsfällen mit VD=1 bei -24% (Tabelle 10). Die durchschnittliche Verweildauer betrug 2020, mit minimalen Abfall von 0,03 Tagen ggü. 2019, 1,84 Tage.

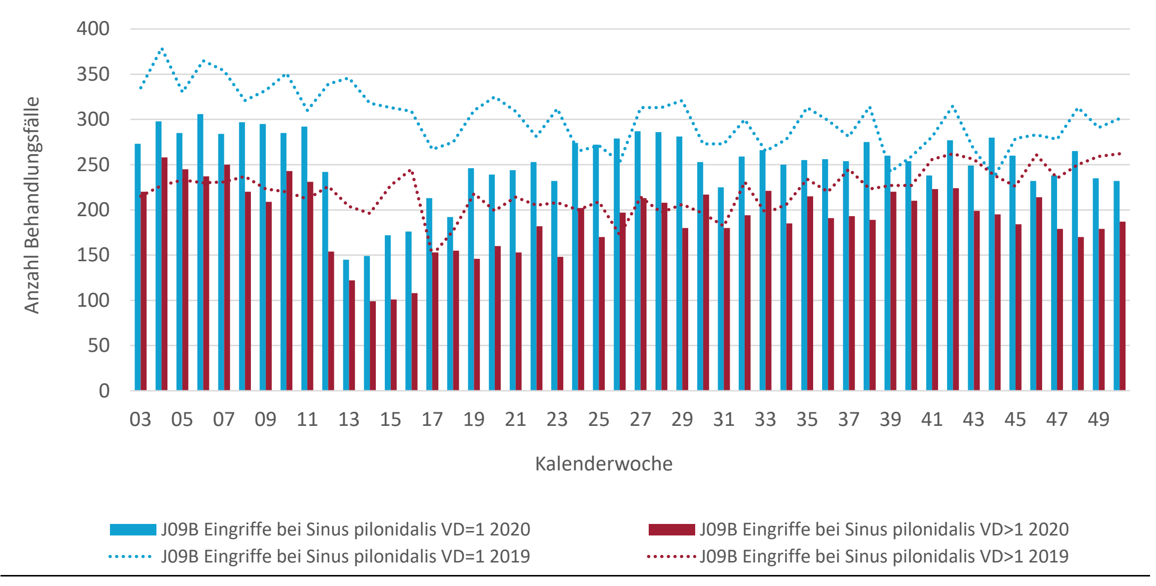
Schaubild 33
Anzahl Behandlungsfälle mit DRG I18B nach KW der Entlassung
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: VD: Verweildauer. I18B: Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk

In der DRG J09B finden sich Behandlungsfälle, die aufgrund einer chronischen Entzündung im Unterhautfettgewebe, meist im Bereich der Gesäßfalte, operativ versorgt wurden. Auch hier lagen die Fallzahlen der Behandlungsfälle mit VD=1 bereits am Anfang des Jahres 2020 mit durchschnittlich -15% in den KW 03 bis 11 deutlich unter denen des Vorjahres. Der Einbruch der Fallzahlen zwischen KW 12 und KW 16 war bei Behandlungsfällen mit VD=1 mit -46% vergleichbar zu Behandlungsfällen mit VD>1 (-47%). Im weiteren Verlauf lagen die Fallzahlen 2020 tendenziell unter dem Vorjahresniveau (Schaubild 34). Insgesamt betrug die Fallzahlveränderungen in der DRG J09B im Jahr 2020 gegenüber 2019 -15% (Tabelle 10). Die durchschnittliche Verweildauer betrug 2020, praktisch unverändert zu 2019, 1,82 Tage.

Schaubild 34
Anzahl Behandlungsfälle mit DRG J09B nach KW der Entlassung
2020 vs. 2019

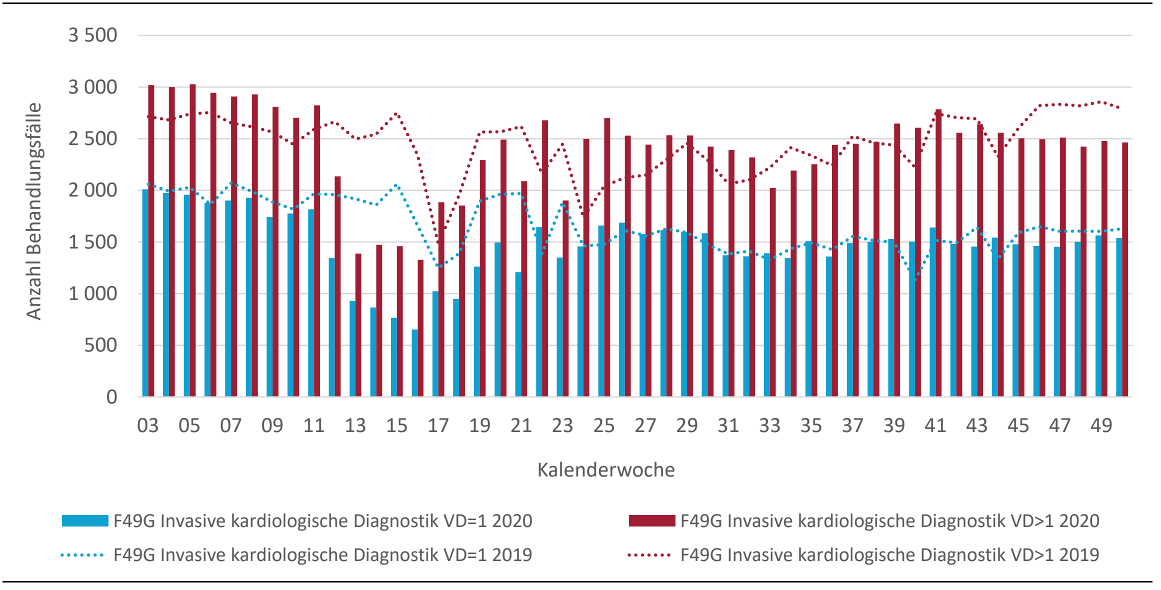


Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: VD: Verweildauer. J09B: Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre

Diagnostik

Die DRG F49G gruppiert mehrheitlich Behandlungsfälle mit invasiver kardiologischer Diagnostik (z.B. Linksherzkatheteruntersuchung) bei koronarer Herzkrankheit. Hier lag die Anzahl der Behandlungsfälle mit VD>1 zu Beginn des Jahres 2020 über denen des Jahres 2019 (bis KW 11 durchschnittlich +10%). Fallzahlenbrüche um -52% (VD=1) bzw. um -39% (VD>1) zeigten sich zwischen den KW 12 und 16. Im weiteren Verlauf waren die Fallzahlen Schwankungen unterworfen, jedoch im Durchschnitt in etwa mit dem Vorjahr vergleichbar. Erst ab der KW 45 zeigten sich wieder leichte Rückgänge, insbesondere bei Fällen mit VD>1 (Schaubild 35). Insgesamt reduzierten sich die Fallzahlen in der DRG F49G im Jahr 2020 gegenüber 2019 um -5%, wobei dieser Rückgang vorrangig auf Behandlungsfälle mit VD=1 (-10%) entfiel (Tabelle 10). Trotzdem reduzierte sich die durchschnittliche Verweildauer ggü. 2019 spürbar um 0,16 Tage auf 2,91 Tage im Jahr 2020. Bei einem Rückgang von 40% auf 38% mit einer Verweildauer von einem Tag ist damit die durchschnittliche Verweildauer der anderen 60% bzw. 62% rechnerisch sehr deutlich von 4,45 auf 4,08 Tage gefallen.

Schaubild 35
Anzahl Behandlungsfälle mit DRG F49G nach KW der Entlassung
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: VD: Verweildauer. F49G: Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingriff

Zusammenfassende Betrachtung

Tabelle 10 fasst die Ganzjahresergebnisse 2019 und 2020 sowie die Entwicklung für die acht DRGs zusammen. Es ergibt sich ein deutlich unterschiedliches Bild für die sieben operativen DRGs vs. der einen nicht-operativen diagnostischen DRGs: Bei ersteren ist ein sehr starker Fallzahlrückgang um durchschnittlich -28% zu beobachten, der damit doppelt so hoch wie im Schnitt aller Fälle ausfällt. Bei sechs der sieben ausgewerteten operativen DRGs waren bei Fällen mit VD=1 höhere Rückgänge (durchschnittlich um -31%) zu beobachten als bei Fällen mit VD>1 (durchschnittlich um -24%). Dadurch ging der Anteil mit VD=1 leicht von 55% auf 52% zurück.

Dagegen ergab sich bei der DRG „Invasive kardiologische Diagnostik“ nur ein geringer, unterdurchschnittlicher Rückgang von -5%, der noch dazu praktisch ausschließlich die Fälle mit VD=1 betraf, deren Anteil leicht von 40% auf 38% sank.

Im Gegensatz zu allen stationären Fällen (mit einer leichten Verweildauersteigerung im Jahr 2020) ist bei den hier betrachteten DRGs mit Ausnahme der D13B eher ein Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer zu beobachten, am stärksten bei der F49G, bei der die Fallzahlen wie gezeigt unterdurchschnittlich zurückgingen. Wie bereits ausgeführt, ist dies auf den deutlichen Verweildauerrückgang um fast 0,4 Tagen bei den Fällen mit VD>1 zurückzuführen.

Tabelle 10

DRGs mit hohem Anteil an vermutetem ambulantem Potenzial

Kennzahlen	2019	2020	Differenz
Operative Eingriffe			
C08B Extrakapsuläre Extraktion der Linse insgesamt			
Anzahl Fälle	84.532	65.752	-18780 (-22%)
Anzahl Fälle mit VD=1	57.116	44.863	-12.253 (-21%)
Anzahl Fälle mit VD>1	27.416	20.889	-6.527 (-24%)
Anteil Fälle mit VD=1	68%	68%	
D13B Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals			
Anzahl Fälle	33.941	21.101	-12.840 (-38%)
Anzahl Fälle mit VD=1	20.104	11.162	-8.942 (-44%)
Anzahl Fälle mit VD>1	13.837	9.939	-3-898 (-28%)
Anteil Fälle mit VD=1	59%	53%	
D38Z Mäßig komplexe Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen			
Anzahl Fälle	55.778	43.597	-12.181 (-22%)
Anzahl Fälle mit VD=1	12.294	8.252	-4.042 (-33%)
Anzahl Fälle mit VD>1	43.484	35.345	-8.139 (-19%)
Anteil Fälle mit VD=1	22%	19%	
F39B Unterbindung und Stripping von Venen			
Anzahl Fälle	50.656	35.536	-15.120 (-30%)
Anzahl Fälle mit VD=1	35.800	24.708	-11.092 (-31%)
Anzahl Fälle mit VD>1	14.856	10.828	-4.028 (-27%)
Anteil Fälle mit VD=1	71%	70%	
G26B Andere Eingriffe am Anus			
Anzahl Fälle	102.468	85.439	-17.029 (-17%)
Anzahl Fälle mit VD=1	52.417	41.719	-10.698 (-20%)
Anzahl Fälle mit VD>1	50.051	43.720	-6.331 (-13%)
Anteil Fälle mit VD=1	51%	49%	
I18B Wenig komplexe Eingriffe an Knie, Ellenbogen und Unterarm			
Anzahl Fälle	45.251	36.108	-9.143 (-20%)
Anzahl Fälle mit VD=1	26.056	19.722	-6.334 (-24%)
Anzahl Fälle mit VD>1	19.195	16.386	-2809 (-15%)
Anteil Fälle mit VD=1	58%	55%	
J09B Eingriffe bei Sinus pilonidalis			
Anzahl Fälle	26.945	22.818	-4.127 (-15%)
Anzahl Fälle mit VD=1	15.612	13.049	-2.563 (-16%)
Anzahl Fälle mit VD>1	11.333	9.769	-1.564 (-14%)
Anteil Fälle mit VD=1	58%	57%	
Alle sieben betrachteten operativen DRGs mit vermutetem ambulanten Potenzial			
Anzahl Fälle	*399.571*	*287.533*	*-112.038 (-28%)*
Anzahl Fälle mit VD=1	*219.399*	*150.426*	*-68.973 (-31%)*
Anzahl Fälle mit VD>1	*180.172*	*137.107*	*-43.065 (-24%)*
Anteil Fälle mit VD=1	*55%*	*52%*	
Diagnostik			
F49G Invasive kardiologische Diagnostik			
Anzahl Fälle	210.026	199.900	-10.126 (-5%)
Anzahl Fälle mit VD=1	84.166	75.695	-8.471 (-10%)
Anzahl Fälle mit VD>1	125.860	124.205	-1.655 (-1%)
Anteil Fälle mit VD=1	40%	38%	
Alle acht betrachteten DRGs mit vermutetem ambulantem Potenzial			
Anzahl Fälle	*609.597*	*510.251*	*-99.346 (-16%)*
Anzahl Fälle mit VD=1	*303.565*	*239.170*	*-64.395 (-21%)*
Anzahl Fälle mit VD>1	*306.032*	*271.081*	*-34.951 (-11%)*

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: VD: Verweildauer.

Da die wochenweisen Auswertungen bei sechs DRGs (außer C08B und F49G) gezeigt haben, dass die wöchentlichen Zahlen von Behandlungsfällen mit VD=1 bereits zu Beginn des Jahres 2020 geringer als im Jahr 2019 waren, erfolgte eine zusätzliche Auswertung für die Veränderungen der Fallzahlen „vor der Pandemie" (KW 1-11) und „während der Pandemie" (KW 12-53), jeweils getrennt für die operativen DRGs und F49G sowie für die Fälle mit VD=1 und VD>1. Wie Tabelle 11 verdeutlicht, sanken die Fallzahlen bei den operativen DRGs bereits vor der Pandemie, allerdings praktisch nur die mit VD=1 (-11%), während Fallzahlen mit VD>1 mit -2% weitgehend konstant blieben. Während der Pandemie betrugen die Rückgänge dann ähnliche -36% bzw. -30%. Der Rückgang in den KW 1-11 könnte mit der Anfang 2020 in Kraft getretenen Änderung des § 275c Abs. 3 und der damit eingeführten (später ausgesetzten) Abschlagszahlungen bei geminderten Abrechnungsbeträgen von 300 Euro zu tun haben.[20]

Wie Tabelle 11 ebenfalls zeigt, war die Fallzahlminderung vor der Pandemie bei F49G hingegen nicht nur auf die Fälle mit VD=1 konzentriert, sondern die Fälle mit VD>1 stiegen überkompensatorisch an. Der Unterschied zwischen VD=1 und VD>1 zeigte sich auch während der Pandemie.

Tabelle 11
Veränderungen bei DRGs mit hohem Anteil an vermutetem ambulantem Potenzial 2020 zu 2019

Kennzahlen	KW 1-11 im Vergleich zu 2019	KW 12-53 im Vergleich zu 2019	Veränderung insgesamt
Operative Eingriffe			
Alle sieben betrachteten operativen DRGs mit vermutetem ambulanten Potenzial			
Anzahl Fälle	-11%	-33%	-28%
Anzahl Fälle mit VD=1	-18%	-36%	-31%
Anzahl Fälle mit VD>1	-2%	-30%	-24%
Diagnostik			
F49G Invasive kardiologische Diagnostik			
Anzahl Fälle	+2%	-7%	-5%
Anzahl Fälle mit VD=1	-6%	-11%	-10%
Anzahl Fälle mit VD>1	+8%	-4%	-1%
Alle acht betrachteten DRGs mit vermutetem ambulantem Potenzial			
Anzahl Fälle	*-3%*	*-20%*	*-16%*
Anzahl Fälle mit VD=1	*-11%*	*-25%*	*-21%*
Anzahl Fälle mit VD>1	*+6%*	*-16%*	*-11%*

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: VD: Verweildauer.

I.9 Übersterblichkeit

An dieser Stelle sei noch ein letzter Indikator aufgeführt, um mögliche negative Folgen einer Wenigerversorgung im stationären Sektor zu quantifizieren – die sog. Übersterblichkeit, also die Todesfälle in der gesamten Bevölkerung, die im Vergleich zu Vorperioden zusätzlich zu verzeichnen sind. Derzeit werden sie häufig nur in Bezug auf Covid-19 betrachtet, also um festzustellen, ob die an oder mit SARS-CoV-2 gestorbenen Personen zusätzlich verstorben sind. Aber auch Patienten mit potentiell tödlichen Notfällen wie Herzinfarkten oder Schlaganfällen,

[20] Zum 01.01.2020 ist das MDK-Reformgesetz in Kraft getreten. Dieses sieht vor, dass Krankenhäuser bei beanstandeten Rechnungen neben dem Differenzbetrag zusätzliche Aufschläge in Höhe von 10% des geminderten Rechnungsbetrages, mindestens jedoch 300 Euro, an die Krankenkassen zahlen müssen (§ 275c Abs. 3 SGB V). Möglicherweise hat dies die Anreize zur ambulanten Erbringung bestimmter Leistungen erhöht. Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz (in Kraft seit Ende März 2020) wurden die Aufschlagszahlungen für die Jahre 2020 und 2021 jedoch ausgesetzt.

die nicht, verzögert oder nicht adäquat versorgt werden, würden zu einer Übersterblichkeit führen.[21] Im vorigen Bericht bis 30.09.2020 wurde ausgeführt, dass für die sieben Monate März bis September 2020 die Übersterblichkeit ziemlich exakt der Anzahl der an oder mit Covid gestorbenen Personen entsprach. Inzwischen liegen Daten für das Gesamtjahr 2020 vor[22]; danach betrug die Übersterblichkeit gegenüber dem Schnitt der vier Vorjahre etwa 50 000 Personen (oder 5,4%). Demgegenüber betrug die Zahl der an oder mit Covid Verstorbenen bis zum Jahresende rund 40 000. Der Großteil des unerklärten Unterschieds[23] ist parallel zur zweiten Welle ab Mitte Oktober (KW 43) zu beobachten gewesen, insbesondere im Dezember und in Hochinzidenzgebieten wie Sachsen. Da die Todesursachen noch nicht veröffentlicht worden sind, steht nicht zweifelsfrei fest, ob die Übersterblichkeit durch zusätzliche, nicht als solche erkannte COVID-19-Tote bedingt ist (wofür einiges spricht) – oder durch andere Todesursachen bedingt ist.

---

[21] Andererseits könnten die Covid-19-Maßnahmen (AHA-Regeln) auch die Sterblichkeit an anderen infektiösen Atemwegserkrankungen wie insbesondere Influenza verringern; das würde sich insbesondere in den Wintermonaten Januar bis März auswirken, d.h. im Jahr 2021.

[22] https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/sonderauswertung-sterbefaelle.html

[23] Davor gab es einen größeren Anstieg der Übersterblichkeit begrenzt auf KW 33, den das Statistische Bundesamt mit der Hitzewelle erklärt.

II Analysen zur Erlössituation und zum Leistungsgeschehen

II.1 Hintergrund

Die COVID-19-Pandemie hat die deutsche Krankenhauslandschaft im Frühjahr 2020 vor eine völlig neue Herausforderung gestellt. Aufgrund der Unsicherheit im Hinblick auf die Zahl der zu erwartenden COVID-19-Fälle ab Mitte März haben die Krankenhäuser ihre Kapazitäten für diese potenziellen Fälle freigehalten und Intensivkapazitäten ausgebaut. Das hätte für die Klinikbetreiber Erlöseinbußen bei nur geringfügig sinkenden Kosten zur Folge gehabt. Um einer damit absehbaren finanziellen Schieflage der Krankenhäuser entgegenzusteuern, entschied sich der Gesetzgeber zu einem umfangreichen Unterstützungspaket für die Krankenhäuser: Einnahmeausfälle aufgrund des Rückgangs der Leistungsmenge sollten über Ausgleichszahlungen kompensiert werden. Im Verlauf des Jahres 2020 wurde die Höhe der Ausgleichszahlungen und die Anspruchsberechtigung verändert, sodass es drei unterschiedliche Regime in Bezug auf die Ausgleichszahlungen gibt.

Regime 1 – die einheitliche Ausgleichszahlung. Zwischen dem 16. März und dem 12. Juli wurde gemäß COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz für jedes gegenüber 2019 zusätzlich freie Bett eine Pauschale von 560 Euro pro Tag gezahlt (Ausgleichszahlung).[24] Diese Regelung galt gleichermaßen für somatische sowie psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser.

Regime 2 – die gestaffelte Ausgleichszahlung. Zwischen dem 13. Juli und dem 30. September wurde die Pauschale für nach DRG abrechnende Krankenhäuser in fünf Kategorien (360, 460, 560, 660 und 760 Euro) differenziert, während die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser 280 Euro pro Tag erhielten.

Regime 3 – die individuelle Ausgleichszahlung. Ab dem 18. November wurden Ausgleichszahlungen ausschließlich an somatische Krankenhäuser ausgezahlt, wenn bestimmte krankenhausindividuelle und lokale Voraussetzungen zum Infektionsgeschehen erfüllt wurden. Die Bewilligung der Pauschalen oblag den Bundesländern. Demnach konnten Kliniken der Notfallstufen 2 und 3 eine Pauschale bekommen, wenn in dem betroffenen Landkreis die 7-Tage-Inzidenz der nachgewiesenen Covid-19-Fälle über 70 lag und weniger als 25% der Intensivkapazitäten im Landkreis frei waren. Lag die Zahl der freien betreibbaren Intensivbetten durchschnittlich unter 15%, konnten die Bundesländer weitere Krankenhäuser der Notfallstufe 1 für den Erhalt von Ausgleichszahlungen bestimmen. Sofern ein Krankenhaus anspruchsberechtigt war, hat sich die Höhe der Pauschale gemäß § 21 Absatz 2a Satz 2 KHG an der Höhe der gestaffelten Pauschale (Regime 2) orientiert.

Ziel dieser Analyse ist es, zu untersuchen, ob die Ausgleichszahlungen die **Erlösminderungen** der Krankenhäuser aufgrund des Rückgangs ihrer Leistungsmenge ausgleichen konnten. Nicht untersucht wird, ob und wie sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser im Jahr 2020 insgesamt verändert hat. Um dies untersuchen zu können, müssten weitere Erlösarten sowie die Kostenentwicklung der Krankenhäuser bekannt sein. Dies ist nicht der Fall. Ein Exkurs in Abschnitt II.64 stellt jedoch die erwartete Veränderung der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2020 dar. Inwiefern diese die Erlössituation von Krankenhäusern zusätzlich beeinflussen, ist jedoch nicht Gegenstand dieses Gutachtens. Eine Abschätzung zur wirtschaftlichen Lage der

[24] Der Ausgleich wurde aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gezahlt und aus dem Bundeshaushalt refinanziert.

Krankenhäuser unter Berücksichtigung von Erlös- und Kostenveränderungen der Krankenhäuser erfolgt im Rahmen des Krankenhaus Rating Report 2021[25].

Es werden Daten des InEK aus einer ganzjährigen Datenlieferung ausgewertet, die als Beobachtungszeitraum die Jahre 2018, 2019 und 2020 umfasst.[26] Das InEK hat hierzu Struktur- und Leistungsdaten der somatischen Krankenhäuser sowie der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen bereitgestellt. Alle Jahre sind nach dem aG-DRG-System 2020 gruppiert. Der Casemix deckt also nicht mehr die Pflegepersonalkosten ab – auch rückwirkend für die Jahre 2019 und 2018. Kostendaten liegen nicht vor. Zur Bestimmung der Erlöse aus Krankenhausbehandlungen greifen wir auf den krankenhausindividuellen Mittelwert des Entgeltbetrags je Fall für 2019 und seine Fortschreibung auf 2020 zurück. Eine feinere Differenzierung der Entgeltdaten – u.a. nach Zusatzentgelten und Zu- und Abschlägen – ist auf Grundlage der vorliegenden Datenbasis nicht möglich.

II.2 Methodik

Die Struktur- und Leistungsdaten wurden vom InEK auf Krankenhausebene für drei Jahre (2018 bis 2020) bereitgestellt. Im ersten Schritt wurden im Rahmen dieser Arbeit die Daten auf Ausreißer hin untersucht und erkennbare Ausreißer wurden bereinigt. Kliniken, für die (i) keine Informationen zu den untersuchten Kennzahlen (z.B. Betten und Entgelte) vorlagen oder (ii) weniger als 10 Betten vorhalten, hierunter fallen Tageskliniken und kleine Spezialkliniken (bspw. Augenkliniken), wurden entfernt. Anschließend wurden die Kennzahlen für Betten und Entgelte auf Plausibilität geprüft – zum Beispiel durch einen Vergleich mit den Werten aus den anderen Datenjahren. In den Fällen, in denen diese Kennzahlen in einem Jahr unplausible Werte aufwiesen, wurden sie imputiert, das heißt manuell gemäß der Vor- bzw. Folgejahreswerte angepasst. Die Stichprobe, die der Auswertung zugrunde liegt, umfasst 94,0% der IK aller somatischen Krankenhäuser (99,6% der Betten) und 85,1% der IK der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser (96,6% der Betten). Insgesamt umfasst die Stichprobe 99,0% aller Krankenhausbetten und gilt somit als repräsentativ.

Die von den Krankenhäusern an das InEK gemeldeten Entgelte je Fall wiesen teilweise Unstimmigkeiten auf, die mit anderen Kennzahlen – wie dem CMI – nicht in Einklang zu bringen waren[27]. Beispielsweise entwickelten sich die von den Krankenhäusern gemeldeten Entgelte über die Zeit teilweise anders als es die Fallschwere der behandelten Patienten nahelegen würde. Um systematische Verzerrungen bei den Entgelten je Fall zu vermeiden und eine umfangreiche Stichprobe zu gewährleisten, wurden die Entgelte von 2019 auf 2020 für alle Krankenhäuser mit der krankenhausindividuellen Änderungsrate des CMI bzw. des DMI fortgeschrieben. Ausreißer, die für alle Jahre unerklärliche Werte aufwiesen, wurden vollständig entfernt.

Die Preissteigerungen bei den Entgelten je Fall von 2019 auf 2020 müssen bei diesem Vorgehen nicht berücksichtigt werden. Die Entgelte 2020 entsprechen dem Preisniveau aus dem Jahr 2019. Für die berechneten Ausgleichszahlungen nehmen wir eine durchschnittliche Preissteigerung

[25] *Der Report wird am 16. Juni 2021 veröffentlicht.*

[26] *Mit Artikel 3 des Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (BGBl. I, Nr. 23 vom 22.05.2020, S. 1 018) wurde in § 24 KHG eine Verpflichtung zur unterjährigen Lieferung von Daten gem. § 21 KHEntgG eingefügt.*

[27] *Grundsätzlich ist der CMI in diesem Gutachten stets ohne Pflegepersonalkosten zu verstehen.*

von 2019 auf 2020 in Höhe von 3,4% über alle Krankenhäuser an[28]. Die Pauschalen werden um diesen Effekt deflationiert, sodass sie ebenfalls auf das 2019er Preisniveau gebracht sind.

Auf dieser Grundlage wurden die folgenden Kennzahlen für jedes Krankenhaus errechnet:

- **„Entgelte nach Abzug der Pflegepersonalkosten“**: Die Entgelte je Fall enthalten die Pflegekosten. Die Entgelte sind für die nachfolgenden Analysen daher um die Pflegekosten bereinigt worden. Hierzu nehmen wir an, dass die Pflegepersonalkosten pauschal über alle Krankenhäuser 21% der Entgelte ausmachen[29]. Im Ergebnis betragen die „Entgelte je Fall nach Abzug der Pflegepersonalkosten“ also 79% der Entgelte je Fall.
- **„Sonstige Entgelte“** (z.B. für ambulante und Wahlleistungen) setzen wir pauschal mit 12% der Entgelte vor Abzug der Pflegekosten an[30]. Im Ergebnis liegen die „Entgelte je Fall nach Abzug der Pflegepersonalkosten zuzüglich sonstiger Entgelte“ bei 91% der Entgelte je Fall.
- Die **Ausgleichszahlung** bezieht sich auf die im Jahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr nicht belegten Betten auf Tagesbasis. Gemäß § 21 Abs. 2 Satz 1 KHG ermitteln „die Krankenhäuser […] die Höhe der Ausgleichszahlungen nach Absatz 1, indem sie täglich, erstmals für den 16. März 2020, von der Zahl der im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten (Referenzwert) die Zahl der am jeweiligen Tag stationär behandelten Patientinnen und Patienten abziehen. Sofern das Ergebnis größer als Null ist, ist dieses mit der tagesbezogenen Pauschale nach Absatz 3 zu multiplizieren.“ Tabelle 12 zeigt die Höhe der Ausgleichszahlungen in den jeweiligen Regimen. Insgesamt belaufen sie sich im Jahr 2020 auf 10,223 Mrd. Euro. Davon wurden in Regime I 6,645 Mrd. Euro (65%) ausgezahlt, in Regime II 2,319 Mrd. Euro (23%) und in Regime III 1,259 Mrd. Euro (12%).

  Um das krankenhausindividuelle Volumen der Ausgleichszahlungen zu bestimmen, greifen wir auf zwei verschiedene Methoden zurück. In **Methode 1** nutzen wir für die Berechnung der Ausgleichszahlungen ausschließlich die Daten des InEK. Dazu bilden wir die Differenz aus den im Jahr 2020 und den 2019 gemeldeten Belegungstagen.[31] Diese Differenz („Fehltage“) multiplizieren wir mit den Pauschalen, die den Krankenhäusern in dem jeweiligen Regime zugewiesen wurden. Die Ausgleichszahlungen werden dabei je nach Regime tagesgenau berechnet.

  In **Methode 2** verwenden wir Daten, die die einzelnen Länder dem BMG übermittelt haben und die uns für diese Analyse bereitgestellt wurden. Diese Daten geben die krankenhausindividuellen Beträge der Ausgleichszahlungen je IK nach Kalenderwochen an. Diese Daten sind jedoch nicht durchgehend je IK nach den Bereichen Somatik und Psychiatrie differenziert. Für ein Volumen von rund 1,535 Mrd. Euro sind die Beträge als „Mischklinik“ je IK angegeben, sodass eine Aufteilung nach beiden Bereichen nicht ohne weiteres möglich ist (Tabelle 12).

---

[28] Diese Preissteigerung entspricht dem Durchschnitt der Änderungsrate der Landesbasisfallwerte (LBFW) über alle Länder von 2019 auf 2020.

[29] Im Vergleich zum Gutachten vom 17.8.2020 haben wir die Annahme verfeinert. Damals hatten wir 20% angenommen.

[30] Es handelt sich um die gleiche Annahme wie im Gutachten vom 17.8.2020, die auf Expertenbefragungen basiert.

[31] Konkret berechnen wir die „Fehlauslastung“ zwischen 2020 und 2019. Hierzu berechnen wir zunächst die Differenz in der Auslastung zwischen beiden Jahren. Die Auslastung wird anhand der Krankenhausbetten und Belegungstage berechnet. Bei Krankenhäusern, die 2020 einen Anstieg in der Auslastung ihrer Bettenkapazität aufweisen, wird die Differenz in der Auslastung auf null gedeckelt, da nur Fehlauslastungen in die Berechnung eingehen sollen. Auf dieser Grundlage berechnen wir die „Fehltage“ eines Krankenhauses.

Um diese Daten nutzbar zu machen, haben wir die Pauschalbeträge für die „Mischkliniken" nach einem Schlüssel auf beide Bereiche aufgeteilt. Als Verteilungsschlüssel nutzen wir die Verteilung der berechneten Pauschalen aus Methode 1 auf den somatischen und den psychiatrischen Bereich. Die Beträge für die Ausgleichszahlungen wurden je IK und Regime aufsummiert und anschließend den InEK-Daten hinzugespielt.

Die beiden Methoden zur Berechnung der Ausgleichszahlungen führen zu unterschiedlichen Werten auf IK-Ebene. Würden die Beträge der ausgezahlten Ausgleichszahlungen in beiden Methoden je IK identisch sein, würde der Korrelationskoeffizient beider Beträge den Wert 1 annehmen. Tatsächlich beträgt die Korrelation beider Beträge 0,72. Die Beträge weichen aufgrund der verschiedenen Berechnungsmethoden also teilweise ab.

Da wir zuvor Ausreißer aus der Stichprobe entfernt hatten, setzen wir nun einen Korrekturfaktor ein, der die Summe der Ausgleichszahlungen auf die Gesamtpopulation aller Kliniken hochrechnet.[32] Aus methodischen Gründen kann es zu einer Überschätzung der Summe aller Ausgleichszahlungen kommen, wenn auch für Januar bis Mitte März Unterauslastungen bei einzelnen Krankenhäusern vorliegen. Damit wir in der Summe den Wert von 10 223 Mio. Euro erhalten, den das BAS für das Jahr 2020 berechnet hat, werden die krankenhausindividuellen Ausgleichszahlungen in beiden Methoden so skaliert, dass sie in der Summe dem tatsächlich ausgezahlten aggregierten Betrag von 10 223 Mio. Euro entsprechen.[33] In der Summe sind die Pauschalen in Methode 1 und 2 sehr nah beieinander. Auf der IK-Ebene können aber größere Abweichungen vorliegen, die Analysen nach Untergruppen erschweren. Je mehr wir von der aggregierten Gesamtebene auf die Einzelhausebene gehen, desto ungenauer werden die Analysen.

– **Kosten:** Kostendaten der Krankenhäuser liegen nicht vor. Allerdings ist davon auszugehen, dass bei Nichterbringung von Leistung variable Sachkosten eingespart werden können. Wir nehmen an, dass **„variable Sachkosten"** pauschal 15% der Entgelte je Fall nach Pflegekostenabzug bei somatischen Krankenhäusern ausmachen[34]. Eine Differenzierung nach Krankenhausart (bspw. Größe) ist nicht möglich. Daher gilt auch hier: je mehr wir uns der Hausebene nähern, desto weniger gut passt die pauschale Annahme zu den variablen Sachkosten. In psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern sind die Sachkosten geringer als im somatischen Bereich. Wir treffen hier die Annahme, dass kaum Sachkosten während der Pandemie eingespart werden konnten und setzen den Anteil an variablen Sachkosten für den psychiatrischen Bereich auf null.

[32] *Die Bettenzahl der Ausreißer, die in den Analysen entfallen, entspricht weniger als 1% aller Krankenhausbetten. Die Abweichung von der Grundgesamtheit ist also klein.*

[33] *Bis zum 30. September 2020 wurden rund 9 Mrd. Euro ausgezahlt. Für die Kalenderwochen nach dem 18. November 2020 veröffentlicht das BAS die Daten differenziert nach Auszahlungsterminen. Die verwendeten Angaben wurden von den Ländern übermittelt und vom BMG bereitgestellt. Demnach wurden zwischen dem 18. November 2020 bis zum 31. Dezember 2020 über 1,2 Mrd. Euro in Form von Ausgleichszahlungen ausgezahlt. Diese wurden jedoch teilweise erst im Jahr 2021 beim BAS abgerufen, so dass es zu einer Differenz zwischen diesen Angaben und den vom BAS veröffentlichten Daten für das Jahr 2020 kommen kann.*

[34] *Es handelt sich um die gleiche Annahme wie im Gutachten vom 17.8.2020, die auf Expertenbefragungen basiert.*

Tabelle 12

Auszahlungen der Ausgleichszahlungen nach dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und Vergleich zu Angaben des BMG

		Pauschalen	Auszahlungen BAS, M€		Angaben der Länder an das BMG in M€							
			je Regime	kumulativ	DRG		PSY		Misch[3]		Gesamt	Delta zu
					M€	in %	M€	in %	M€	in %	M€	BAS in %
16.03. - 12.07.	Regime I	einheitlich[1]	6 645	6 645	4 677	*72*	547	*8*	1 244	*19*	6 468	*-3*
13.07. - 30.09.	Regime II	gestaffelt	2 319	8 964	1 864	*79*	212	*9*	291	*12*	2 367	*2*
18.11. - 31.12.	Regime III	individuell[2]	1 259	10 223	1 259	*100*	0	*0*	0	*0*	1 259	*0*

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Daten des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) und den Länderangaben an das BMG. – Anmerkung: Das BAS hat vom 16.03. bis zum 30.09. inkl. nachgelagerter Auszahlungen bis einschließlich März 2021 rund 8,964 Mrd. Euro ausgezahlt. Dieser Wert umfasst ausschließlich beendete Verfahren. Aufgrund laufender MDK-Prüfungen und anhängiger Rechtsstreitigkeiten kann sich diese Summe nachträglich ändern. – [1]Stichtag der Auszahlungen ist der 15.7.; nachgelagerte Auszahlungen nach diesem Stichtag sind hier nicht berücksichtigt. – [2]Das BAS gibt die Auszahlungen ab 18.11. nach Auszahlungsterminen an, sodass für Regime III keine Abgrenzung bis zum 31.12. möglich ist. Die Auszahlungen gemäß BAS werden kumulativ vom 18.11.2020 bis Frühjahr 2021 veröffentlicht. Der Wert für Regime III (1,259 Mrd. Euro) ist vom BMG bereitgestellt worden und basiert auf den Angaben der Bundesländer. Die Mittel wurden jedoch teilweise erst im Jahr 2021 beim BAS abgerufen, so dass es zu einer Differenz zwischen diesen Angaben und den vom BAS veröffentlichten Daten für das Jahr 2020 kommen kann. – [3]Krankenhäuser, die sowohl somatische als auch rein psychiatrische Leistungen anbieten, konnten ihre erhaltenen Pauschalen getrennt nach beiden Bereichen angeben, oder als Summe über beide Bereiche als "Mischklinik". Bei "Mischkliniken" sind die Summen der Pauschalen nicht nach den Bereichen Somatik und Psychiatrie abgrenzbar. Sie müssen später nach einem Schlüssel auf Somatik und Psychiatrie aufgeteilt werden.

Pauschale Annahmen, die mangels verfügbarer Daten getroffen werden müssen, können die Variabilität zwischen den Krankenhäusern naturgemäß nicht vollständig erfassen. In Anbetracht der vorliegenden Datenbasis sind sie aus unserer Sicht dennoch die bestmögliche Annährung, um erwartete Erlösänderungen abbilden zu können.

Mit diesen Annahmen wurden je Krankenhaus für beide Methoden die

- **„Bruttoerlöse“** = „Entgelte nach Abzug der Pflegepersonalkosten“ + sonstige Entgelte + Ausgleichszahlung
- **„Nettoerlöse“** = Bruttoerlöse zzgl. Einsparung aus nicht angefallenen variablen Sachkosten

berechnet. Der Nettoerlös ist somit stets größer als der Bruttoerlös.

Bei den Bruttoerlösen werden für alle Jahre die Entgelte nach Pflege und die sonstigen Entgelte berücksichtigt. Die Ausgleichszahlung ist erst 2020 wirksam. Bei fast allen Krankenhäusern sinken 2020 die Zahl der Fälle und der Belegungstage. Es gibt vereinzelt Häuser, die eine Steigerung aufweisen, was auf das Zusammenlegen von IK-Nummern oder eine spürbare Erhöhung der Bettenzahl zurückzuführen sein kann. Für Krankenhäuser mit einer in den Daten beobachteten Leistungssteigerung im Jahr 2020 wird die erhaltene Ausgleichszahlung auf null gesetzt. Denn eine Zuordnung, welche IK-Nummern möglicherweise zusammengelegt wurden, liegt nicht vor.

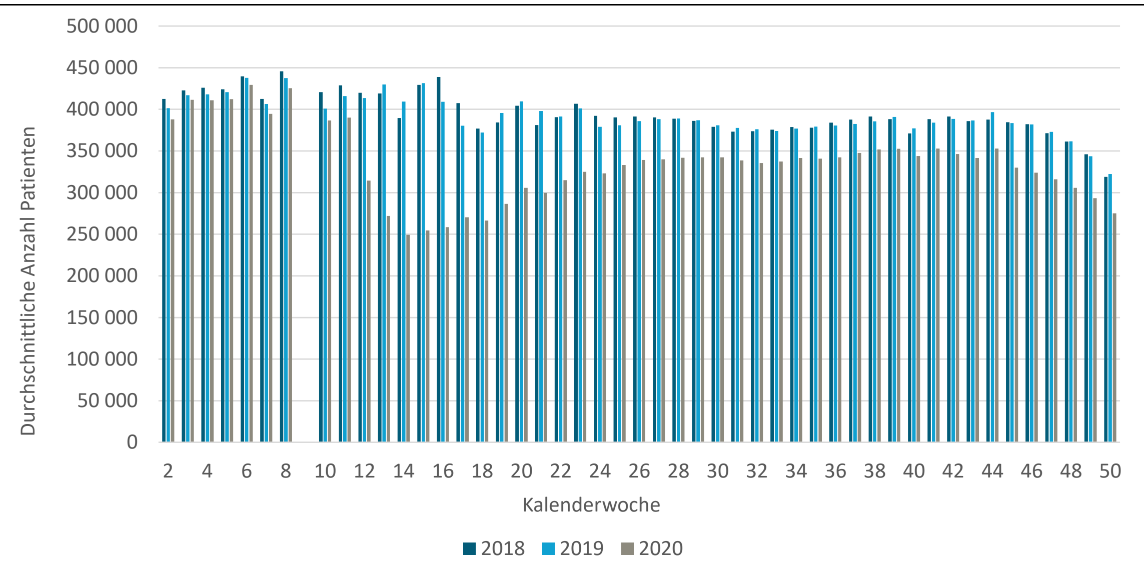
II.3 Analysen: Deskriptive Ergebnisse zum Leistungsgeschehen

Schaubild 36 zeigt die durchschnittliche Anzahl der Patienten[35] für die Kalenderwochen 2 bis 50 für die Jahre 2018 bis 2020 in somatischen sowie psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern. Gezeigt werden die Fälle nach Definition des InEK auf Grundlage der Daten nach

[35] Bereinigt um die Auswirkungen von Feiertagen, wie beispielsweise Ostern.

§ 21 KHEntgG. Über den gesamten Zeitraum beobachten wir einen **Rückgang der Patientenzahl von 14,7%**, was einer Größenordnung von rund 2,8 Mio. Patienten entspricht.[36] Für die Kalenderwochen zwei bis elf ist über alle Jahre hinweg ein vergleichbares Niveau an behandelten Patienten zu sehen. Mit Beginn der zwölften Kalenderwoche beobachten wir im Jahr 2020 einen starken Rückgang im Vergleich zum Vormonat. Im Vergleich zum Durchschnitt der zwei Vorjahre ist die durchschnittliche Anzahl der Patienten in der zwölften Woche um ca. 102 400 (-24,6%) zurückgegangen. Der Rückgang vergrößert sich auf rund 175 700 (-40,8%) in Kalenderwoche 15. Ab Kalenderwoche 16 steigt die durchschnittliche Zahl der Patienten wieder leicht an, der Unterschied zu den Vorjahreswochen ist jedoch bis Kalenderwoche 29 deutlich sichtbar, wobei er in den Kalenderwochen 12 bis 24 am größten ausfällt. Im weiteren Jahresverlauf nähert sich das Niveau im Jahr 2020 wieder an die Vorjahre an, bleibt aber stets rund 10% darunter. In Kalenderwoche 45 sinkt es wieder deutlich um rund 54 000 (-14,1%) und verbleibt bis zum Jahresende auf niedrigerem Niveau.

Schaubild 36
Durchschnittliche Anzahl Patienten nach Jahren und Kalenderwochen



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: Durchschnittliche Anzahl voll- und teilstationärer Patienten gemäß Definition InEK, basierend auf Daten nach § 21 KHEntgG. Kalenderwoche 1, 51 und 52 wurden nicht betrachtet, um Unterzeichnungen durch die Länge der Woche 1 sowie Untererfassungen bei noch nicht entlassenen Patienten zu vermeiden. Aufgrund der Bereinigung um Feiertage liegen für Kalenderwoche 9 keine Daten vor.

Schaubild 37 zeigt die durchschnittliche Anzahl der Patienten[37] auf Intensivstation für die Kalenderwochen 2 bis 50 in somatischen sowie psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern. Wir vergleichen hier die Patienten auf Intensivstationen nur für das Jahr 2020 gegenüber 2019. Im Datenjahr 2018 war die Anzahl der Intensivbetten noch kein Bestandteil der §-21-Datenlieferung auf Krankenhausebene, sodass sich die Angaben zu 2018 von den Angaben der anderen Jahre unterscheiden können. Auch hier weisen die Kalenderwochen 2 bis 11 im Jahr 2020 ein relativ konstantes Niveau zwischen 19 400 und 20 000 Patienten pro Woche auf. Ab Kalenderwoche zwölf unterschreitet der Wert im Jahr 2020 die Werte von 2019 deutlich. Die größte Diskrepanz ergibt sich in Kalenderwoche 13. Hier liegt der Wert 2020 um rund 3 000 unter dem

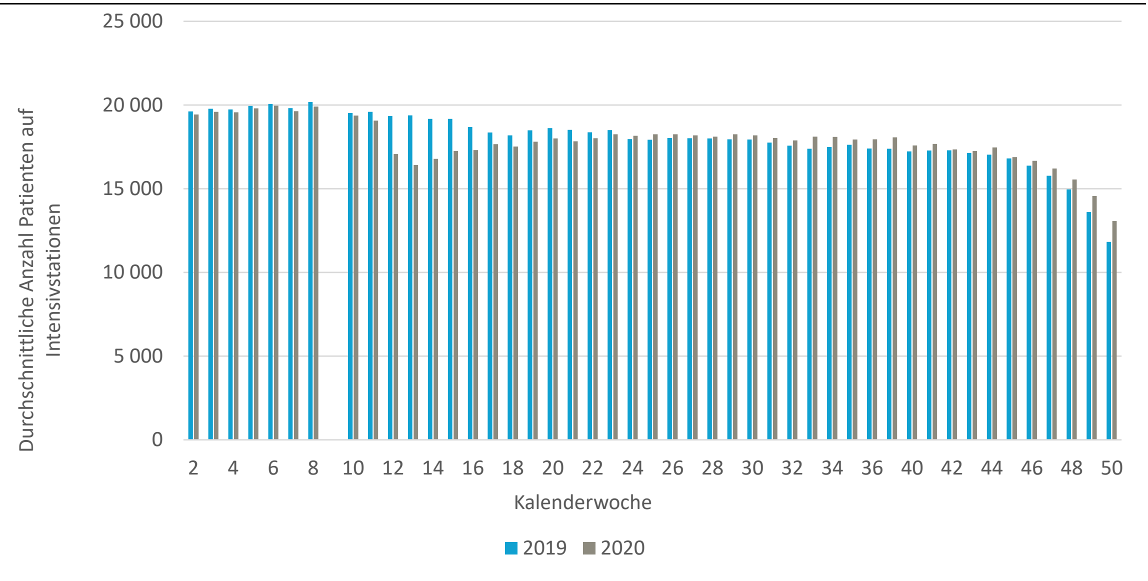
[36] *Hierzu vergleichen wir den Durchschnitt der Patientenzahlen aus 2018 und 2019 mit 2020.*

[37] *Ebenfalls bereinigt um die Auswirkungen von Feiertagen.*

Vorjahreswert. Dies entspricht einem Rückgang von 15,3%. In den folgenden Kalenderwochen nimmt der Unterschied wieder leicht ab, verbleibt aber bis Kalenderwoche 23 unter Vorjahresniveau. Ab der Kalenderwoche 24 steigt die durchschnittliche Anzahl von Patienten auf Intensivstation über das Niveau des Vorjahres. Kalenderwoche 50 bildet hier das Maximum, es befinden sich rund 1 200 Patienten (10,5%) mehr auf Intensivstationen als noch im Jahr 2019.

Schaubild 37

Durchschnittliche Anzahl Patienten auf Intensivstation nach Jahren und Kalenderwoche



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: Durchschnittliche Anzahl Patienten auf Intensivstation gemäß Definition InEK, basierend auf Daten nach § 21 KHEntgG. Kalenderwoche 1, 51 und 52 wurden nicht betrachtet, um Unterzeichnungen durch die Länge der Woche 1 sowie Untererfassungen bei noch nicht entlassenen Patienten zu vermeiden. Aufgrund der Bereinigung um Feiertage liegen für Kalenderwoche 9 keine Daten vor.

Tabelle 13

Änderungsraten von Kennzahlen der Krankenhäuser

2019 bis 2020

	Krankenhäuser	Betten	Fälle	Belegungstage	Fehltage	CMI bzw. DMI	Casemix bzw. Daymix	VWD	Auslastung in %
Somatische Krankenhäuser									
2019	1 383	413 929	18 968 323	131 423 823		0,861	16 328 763	6,93	87%
2020	1 383	409 525	16 578 407	115 695 515	15 947 980	0,900	14 926 957	6,98	77%
Delta, in %[1]		*-1,1%*	*-12,6%*	*-12,0%*		*4,6%*	*-8,6%*	*0,7%*	*-9,6*
Psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser									
2019	521	84 588	1 008 766	29 168 222		1,000	29 180 854	28,9	94%
2020	521	84 497	893 014	25 442 516	4 232 149	1,016	25 849 754	28,5	82%
Delta, in %[1]		*-0,1%*	*-11,5%*	*-12,8%*		*1,6%*	*-11,4%*	*-1,5%*	*-11,9*

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – [1]Bei der Auslastung in Prozentpunkten.

Tabelle 13 fasst die relevanten Kennzahlen für die in unserer Analyse betrachteten Krankenhäuser für die Jahre 2019 und 2020 kurz zusammen. Unsere Stichprobe umfasst pro Jahr 1 383 somatische Krankenhäuser (DRG) und 521 psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser (PSY). Im DRG-Bereich haben die Kliniken ihre Bettenkapazität 2020 um -1,1% abgebaut, während im PSY-Bereich die Bettenkapazität nahezu unverändert blieb. Indessen ging in beiden Bereichen die Zahl der behandelten Fälle und der Belegungstage in ähnlichem Umfang zurück. Neben den Belegungstagen weisen wir auch die kalkulierten Fehltage aus. Diese weichen aus methodischen Gründen von der Differenz der Belegungstage ab, da sie auf Basis der Fehlauslastung

auf Krankenhausebene berechnet worden sind.[38] Diese Fehltage sind die Grundlage zur Berechnung der Ausgleichszahlungen. Die im Jahr 2020 berechneten Fehltage belaufen sich auf rund 15,9 Mio. (DRG) bzw. 4,2 Mio. (PSY). Der durchschnittliche CMI ist zwischen den Jahren um +4,6% gestiegen, wohingegen das Casemixvolumen um 8,6% gesunken ist. Beim DMI zeigt sich ein Anstieg von +1,6%, während das Daymixvolumen um 11,4% zurückgegangen ist. Die Verweildauer ist bei den DRG-Krankenhäusern leicht gestiegen (+0,7%), was mit dem höheren CMI zusammenhängen kann. Bei den PSY-Krankenhäusern ist sie dagegen um 1,5% gesunken. Die Auslastung ist in beiden Bereichen in einem ähnlichen Umfang gesunken.

II.4 Folgen der Ausgleichszahlung auf die Erlössituation – Ergebnisse insgesamt

Die Ergebnisse unserer Berechnungen sind in Tabelle 14 dargestellt[39]. Die kalkulierten Ausgleichszahlungen sind auf das Niveau des tatsächlichen Werts des BAS hochgerechnet worden. Jedoch sind sie in der Tabelle mit geringeren Werten ausgewiesen, da wir die Ausgleichszahlungen deflationiert haben und auf die Stichprobengröße korrigiert haben.[40] Für Methode 1 belaufen sich die Ausgleichszahlungen auf 9 791 Mrd. Euro. Bei einer Rückrechnung des Preiseffekts und der Stichprobenkorrektur entspricht dieser Wert der Summe des BAS.[41] In Methode 2 gibt es leichte Abweichungen, was auf die Differenzen auf Einzelhausebene zurückzuführen ist. Nach unseren Berechnungen entfielen von den 10,2 Mrd. Euro, die für die Ausgleichszahlungen ausgezahlt wurden, etwa 8,4 Mrd. Euro (82,5%) auf die somatischen Kliniken und rund 1,8 Mrd. Euro (17,5%) auf die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser. Die Gesamtzahl der Betten beider Bereiche entfällt zu 83% auf DRG und zu 17% auf PSY, die Belegungstage zu 82% (DRG) und 18% (PSY), d.h. die Relation der Ausgleichszahlungen im DRG- und im PSY-Bereich entsprach der Relation beider Kennzahlen.

Die Nettoerlössteigerung im DRG-Bereich beträgt +3,7% und im PSY-Bereich +10,6 bis 10,8%. Der Anteil der Krankenhäuser mit einer positiven Erlösänderung beträgt für die somatischen Krankenhäuser 77% (Methode 1) bzw. 83% (Methode 2). Diese Differenz macht deutlich, dass es größere Unterschiede auf der Einzelhausebene gibt. Bei den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ist die Diskrepanz beider Werte noch größer. Gemäß Methode 1 zeigen 81% dieser Kliniken positive Erlösänderungen, nach Methode 2 nur 61%.

---

[38] Details zur Berechnung finden sich im Abschnitt „Methodik“ zur Berechnung der Ausgleichszahlungen.

[39] Um den Datenschutz der betroffenen Krankenhäuser zur wahren, verzichten wir auf die Angabe der Varianz.

[40] Details werden im Abschnitt „Methodik“ erläutert.

*[41] 9 791 * 1,034 (Preiseffekt) / 0,99 (Stichprobenkorrektur) entspricht in etwa 10 223. Aufgrund von Rundungsfehlern weicht der Wert hier leicht ab.*

Tabelle 14
Änderungen der durchschnittlichen Erlöse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020
2019 bis 2020; in Mio. Euro

	KH	Entgelte	ΔEnt-gelte	ΔKosten	Methode 1				Methode 2			
					Aus-gleichs-zahlun-gen	ΔErlöse (brutto)	ΔErlöse (netto)	Anteil ΔErlöse (netto)[1] > 0	Aus-gleichs-zahlun-gen	ΔErlöse (brutto)	ΔErlöse (netto)	Anteil ΔErlöse (netto)[1] > 0
Somatische Krankenhäuser												
2019	1 383	74 008										
2020	1 383	67 710	-6 298	-945	8 080	1 782	2 727	*77%*	8 073	1 775	2 719	*83%*
Delta, in %		*-8,5%*				*2,4%*	***3,7%***			*2,4%*	***3,7%***	
Psychiatrische Krankenhäuser												
2019	521	8 318										
2020	521	7 492	-826	0	1 711	885	-	*81%*	1 724	898	-	*61%*
Delta, in %		*-9,9%*				***10,6%***				***10,8%***		

Quelle: Eigene Berechnungen aus Basis von InEK-Daten. – [1]Für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser bezogen auf die Bruttoerlösänderung.

Um die Robustheit der Berechnungen zu prüfen, führen wir in Tabelle 15 eine **Sensitivitätsanalyse** durch, bei der wir die Krankenhäuser an den äußeren Rändern der Verteilung aus der Analyse entfernen. Für DRG-Häuser berechnen wir für das Jahr 2019 die Entgelte je Casemixpunkt, was etwa dem LBFW zzgl. Zuschlägen entsprechen sollte. Das durchschnittliche Entgelt je Casemixpunkt betrug 4 814 Euro. Der Median betrug 3 829 Euro, d.h. jeweils die Hälfte aller IK lag unter bzw. über diesem Wert. Beobachtungen mit Werten unter 3 000 Euro sowie alle Krankenhäuser, die über dem 95%-Perzentil der Verteilung dieser Kennzahl liegen (d.h. über 6 625 Euro), werden aus der Stichprobe entfernt. Anschließend werden die Beobachtungen ausgeschlossen, deren Änderungsrate des Casemixvolumens unter dem 1%- bzw. über dem 99%-Perzentil liegt. Bei den PSY-Häusern gehen wir ähnlich vor. Hierzu berechnen wir für das Jahr 2019 die Entgelte je DMI*VWD (entspricht etwa dem Basisentgeltwert zzgl. Zuschläge)[42] und die Änderungsraten des Daymixvolumens. Alle PSY-Häuser, die unter dem 1%- bzw. über dem 99%-Perzentil der Verteilung beider Kennzahlen liegen, werden entfernt. In dieser reduzierten Stichprobe fallen die (Netto-)Erlöszuwächse im DRG- und PSY-Bereich mit +3,3% bzw. 9,9 bis 10,4% nur leicht geringer aus als in der Hauptanalyse. Demnach sind die Hauptergebnisse nicht von Ausreißern in der Stichprobe verzerrt.

Tabelle 15
Änderungen der durchschnittlichen Erlöse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020 - Sensitivitätsanalyse
2019 bis 2020; in Mio. Euro

	KH	Entgelte	ΔEnt-gelte	ΔKosten	Methode 1				Methode 2			
					Aus-gleichs-zahlun-gen	ΔErlöse (brutto)	ΔErlöse (netto)	Anteil ΔErlöse (netto)[1] > 0	Aus-gleichs-zahlun-gen	ΔErlöse (brutto)	ΔErlöse (netto)	Anteil ΔErlöse (netto)[1] > 0
Somatische Krankenhäuser												
2019	1 284	72 663										
2020	1 284	66 384	-6 280	-942	7 749	1 470	2 412	*77%*	7 730	1 450	2 392	*84%*
Delta, in %		*-8,6%*				*2,0%*	***3,3%***			*2,0%*	***3,3%***	
Psychiatrische Krankenhäuser												
2019	501	8 183										
2020	501	7 366	-818	0	1 630	813	-	*81%*	1 667	849	-	*60%*
Delta, in %						***9,9%***				***10,4%***		

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – [1]Bei psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern bezogen auf die Bruttoerlösänderung.

---

[42] *Der Mittelwert betrug 288 Euro, der Median 289 Euro.*

II.5 Folgen der Ausgleichszahlung auf die Erlössituation – Ergebnisse für Krankenhauskategorien

In diesem Abschnitt wird die Erlössituation für somatische („DRG“) sowie psychiatrische und psychosomatische („PSY“) Krankenhäuser nach Krankenhauskategorien aufbereitet. Wir greifen hierbei auf die Methode 2 zurück, die auf den Eigenangaben der Länder basiert, die vom BMG bereitgestellt wurden. Da die Methode 2 nicht auf Grundlage der berechneten Fehltage nach InEK-Daten basiert, sondern auf den Beträgen der Ausgleichszahlungen nach Kalenderwochen, ist Methode 2 als konservativ zu betrachten. Neben den Ergebnissen der Hauptanalyse werden auch die Ergebnisse aus der Sensitivitätsanalyse präsentiert. Eine gesonderte Darstellung der Bruttoerlöse für die somatischen Krankenhäuser erfolgt an dieser Stelle nicht, weil sie stets ein vergleichbares Muster wie die Nettoerlöse aufweisen. Eine differenzierte Darstellung erfolgt nach Einrichtungsgröße und CMI- bzw. DMI-Klassen.

II.5.1 Somatische Krankenhäuser

Tabelle 16 zeigt die Änderung der Nettoerlöse 2020 zu 2019 für die somatischen Kliniken. Insgesamt beläuft sie sich auf +3,3 bis 3,7%. Differenziert nach Bettengröße zeigt sich, dass die Erlöszuwächse mit steigender Einrichtungsgröße geringer ausfallen. Bei den CMI-Klassen zeigt sich, dass Häuser mit durchschnittlichem CMI bis zu 0,8 überdurchschnittliche Erlöszuwächse aufweisen.[43] Krankenhäuser mit einem höheren CMI (über 1,1) zeigen hingegen unterdurchschnittliche Erlöszuwächse auf. In den Untergruppen weichen die Ergebnisse je nach Methode und in der Sensitivitätsanalyse teilweise voneinander ab. Wesentlicher Grund ist, dass Zuordnungen von der aggregierten Ebene auf die Einzelhausebene ungenau sein können. Daher sind die Analysen nach Untergruppen mit großer Unsicherheit versehen.

Tabelle 16
Änderungen der durchschnittlichen Netto-Erlöse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020 - Somatische Krankenhäuser
2019 bis 2020; in %

	ΔErlöse (netto)	
	Basismodell	Sensitivitätsanalyse
Gesamt	*3,7*	*3,3*
bis 299 Betten	*4,9*	*4,7*
300 bis 599 Betten	*3,7*	*3,4*
600 Betten und mehr	*2,9*	*2,4*
CMI < 0,8	*4,2*	*3,9*
CMI 0,8 bis unter 1,1	*3,8*	*3,3*
CMI >= 1,1	*2,8*	*2,5*

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

II.5.2 Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

In Tabelle 17 ist die Änderung der Bruttoerlöse 2020 zu 2019 für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dargestellt. Bezogen auf alle Krankenhäuser steigen sie 2020 um +9,9 bis 10,8% gegenüber dem Vorjahr. In Bezug auf die Krankenhausgröße zeigt sich, dass kleinere Krankenhäuser größere erwartete Erlöszuwächse aufweisen als größere Krankenhäuser. Eine große Variation bei den erwarteten Erlöszuwächsen findet sich bei der Analyse nach DMI-Klassen. Aufgrund der Abweichungen zwischen den Berechnungsmethoden zeichnet sich hier kein klares Bild ab.

---

[43] *Es handelt sich im gesamten Dokument stets um den CMI ohne Pflegepersonalkosten.*

Tabelle 17
Änderungen der durchschnittlichen Brutto-Erlöse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020 - Psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser
2019 bis 2020; in %

	ΔErlöse (brutto)	
	Basismodell	Sensitivitätsanalyse
Gesamt	*10,8*	*10,4*
bis 149 Betten	*13,7*	*13,6*
150 bis 399 Betten	*10,4*	*9,9*
400 bis 599 Betten	*8,4*	*8,0*
DMI < 0,9	*27,3*	*27,6*
DMI 0,9 bis unter 1,2	*9,6*	*9,2*
DMI >= 1,2	*11,7*	*11,0*

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

II.6 Ausgabenveränderung der GKV 2020

Die Erlöse der Krankenhäuser unterliegen im Jahr 2020 nicht nur Veränderungen aufgrund von Leistungsrückgängen und Ausgleichszahlungen. Weitere Erlös- und Kostenänderungen kommen pandemiebedingt, aber auch bedingt durch bereits vor der Pandemie eingeleitete Gesetzesänderungen hinzu. Die Erlösseite lässt sich über die erwarteten Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen im Krankenhausbereich für das Jahr 2020 in ihrer Größenordnung abschätzen. Die Kostenseite der Krankenhäuser kann in diesem Gutachten mangels Datengrundlage indessen nicht vertieft werden.

Die Ausgaben der GKV im Krankenhausbereich haben sich im Jahr 2020 mit Blick auf die KJ1- (endgültige Rechnungsergebnisse) und KV45-Statistik (vorläufige Rechnungsergebnisse) wie folgt entwickelt. Gemäß KJ1 betrugen 2019 die Ausgaben 80,344 Mrd. Euro. Die aktuellen Zahlen der KV45 für 2020 betragen 81,550 Mrd. Euro. Somit hat die GKV für den Krankenhausbereich eine Ausgabensteigerung von ca. 1,2 Mrd. Euro bzw. +1,5% im Jahr 2020 zu verzeichnen. Darin sind die steuerfinanzierten Ausgleichszahlungen nicht enthalten. Die Steigerung der Ausgaben der GKV dürften auf die folgenden Effekte zurückzuführen sein.[44]

Ausgabensteigernde Effekte, die bereits im vorliegenden Gutachten explizit oder implizit Berücksichtigung finden:

- Preiseffekt gemäß den durchschnittlichen Änderungen der Landesbasisfallwerte 2020: +3,39%,
- Effekt der höheren Fallschwere der im Krankenhaus verbleibenden Fälle, CMI: ca. +4,6%.

Weitere ausgabensteigernde Effekte durch gesetzgeberische Maßnahmen, u.a. zu

- Tariflohnrefinanzierung: ca. +0,5%,
- Pflegestellenförderprogramme: ca. +0,1%,
- Ausbildungsfinanzierungen: +0,5% bis 1,0% und
- infolge der MDK-Reform bedingte Reduktion der Zahl der Abrechnungsprüfungen im Jahr 2020: ca. +1,0%.[45]

Hinzu kommen Corona-bedingte Mehrausgaben:

[44] *Die Prozentangaben basieren auf eigenen Recherchen und auf Interviews mit Experten der GKV.*

[45] *Daneben gab es weitere gesetzgeberische Maßnahmen im Bereich der BPflV die ebenfalls finanzielle Wirkung entfalten, jedoch schwer quantifizierbar sind (z.B. die Finanzierung der leitliniengerechten Behandlung nach der G-BA RL PPP).*

- Zuschlag Schutzausrüstung (PSA-Pauschale): ca. +0,7%,
- Erhöhung des Pflegeentgeltwertes auf 185 Euro (ohne Spitzabrechnung): ca. +1,0%,
- Testung auf Coronavirus (PCR-ZE und Antigen-ZE): +0,5%,
- Aussetzung des Fixkostendegressionsabschlags,
- Budgetausgleich für 2020 (ausgabenwirksam erst 2021) und
- Reduktion der Prüfquote in der Abrechnungsprüfung von 12,5% auf 5%: ca. +1,1%.

Ein Teil der hier genannten Effekte aus der Reduktion der Prüfquote in der Abrechnungsprüfung dürfte bereits durch die Erhöhung des CMI aufgefangen sein, die in diesem Gutachten berücksichtigt wird. Neben den in dieser Statistik erfassten Ausgaben sind die direkt aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an die Krankenhäuser geflossenen Mittel zu nennen: 690 Mio. Euro für zusätzliche Intensivbetten (50.000 Euro-Pauschalen) und Pflegebonus in Höhe von 100 Mio. Euro.

Ausgabenreduzierend wirkt der starke Rückgang der Fallzahlen, der im vorliegenden Gutachten Eingang findet. Entlastend fallen außerdem der Wegfall des Pflegezuschlags von 500 Mio. Euro, wovon 300 Mio. Euro über eine Reduktion der LBFW 2020 realisiert wird, sowie der Wegfall des Pflegestellenförderprogramm im Rahmen des PpSG ins Gewicht.

Anhang

Methodik

Um das akutstationäre Leistungs- und Versorgungsgeschehen auf der Grundlage der dritten unterjährigen Datenlieferung gem. § 24 KHG detailliert zu beschreiben, wurden in Anlehnung an die German Inpatient Quality Indicators (G-IQI)[46] Falldefinitionen für relevante Behandlungen spezifiziert (Tabelle A 1). Die Auswertung der Daten gemäß diesen Falldefinitionen wurde vom InEK durchgeführt und erstreckte sich auf die dritte Datenlieferung des Jahres 2020 (Behandlungsfälle, die im Zeitraum vom 01.01. bis zum 31.12.2020 entlassen wurden) sowie, zum Vergleich, die Daten des Jahres 2019. Ergänzende Zahlen, wie beispielsweise die Anteile der Behandlungsfälle mit Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wurden anhand von Datenabrufen über den InEK DatenBrowser generiert.

Die jeweiligen Fallzahlen wurden nach der Kalenderwoche (KW) des Aufnahmedatums stratifiziert und können als aufgenommene Patienten im Zeitraum einer Kalenderwoche interpretiert werden.

Die Daten sind zu Beginn des Berichtszeitraums aufgrund von fehlenden Überliegern sowie am Ende des Berichtszeitraums aufgrund von noch nicht entlassenen und damit nicht übermittelten Behandlungsfällen unvollständig. Daher beschränkt sich die grafische Darstellung der Fallzahlen jeweils auf den Zeitraum von der 3. KW bis zur 50. KW.

[46] *Nimptsch U, Mansky T. G-IQI | German Inpatient Indicators Version 5.2. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2017. Working Papers in Health Services Research Vol. 2. Berlin: Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin 2020.* http://dx.doi.org/10.14279/depositonce-10066

Tabelle A 1
Falldefinitionen

Gruppe	Definition
Altersgruppen	
Alter <19 Jahre	Alter <=19
Alter 20 bis 64 Jahre	Alter >=20 & Alter <=64 Jahre
Alter ab 65 Jahre	Alter >=65 Jahre
Behandlungen akuter Atemwegserkrankungen und Behandlungen in Zusammenhang mit Covid-19	
Lungenentzündung mit SARS-COV-2 Erregernachweis	HD in: (A481 J100 J110 J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18) & ND in: (U071)
Lungenentzündung ohne SARS-COV-2 Erregernachweis	HD in: (A481 J100 J110 J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18) & ND not in: (U071)
Akute Atemwegserkrankungen mit SARS-COV-2 Erregernachweis	(HD in: (A481 J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18 J80 J440 J41 J20 J21 J22 J00 J01 J02 J03 J04 J05 J06 J09 J10 J11) | ND in: (B34 B972 B974 U049)) & ND in: (U071)
Akute Atemwegserkrankungen ohne SARS-COV-2 Erregernachweis	(HD in: (A481 J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18 J80 J440 J41 J20 J21 J22 J00 J01 J02 J03 J04 J05 J06 J09 J10 J11) | ND in: (B34 B972 B974 U049)) & ND not in: (U071)
SARS-COV-2 Erregernachweis	ND in: (U071)
SARS-COV-2 Erregernachweis mit Beatmung	ND in: (U071) & OPS in: (8980 898f) & Beatmungsstunden > 6 & OPS not in: (8852)
SARS-COV-2 Erregernachweis mit ECMO	ND in: (U071) & OPS in: (8852)
SARS-COV-2 Erregernachweis mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung	ND in: (U071) & OPS in: (8980 898f)
SARS-COV-2 Erregernachweis mit Behandlung auf Intensivstation ohne Komplexbehandlung	ND in: (U071) & Intensivmarkierung aus der Datei FAB des §-21-Datensatzes & OPS not in: (8980 898f)
Nicht planbare Behandlungen	
Akuter Herzinfarkt	HD in: (I21 I22)
Transmuraler Herzinfarkt (vorwiegend ST-Streckenhebungs-Herzinfarkt)	HD in: (I210 I211 I212 I213)
Nichttransmuraler Herzinfarkt (Nicht-ST-Streckenhebungs-Herzinfarkt)	HD in: (I214)
Schlaganfall, alle Formen	HD in: (I60 I61 I63 I64)
Schlaganfall mit Stroke-Unit-Behandlung	HD in: (I60 I61 I63 I64) & OPS in: (8-981 8-98b)
Hirninfarkt	HD in: (I63)
Transitorisch-ischämische Attacke	HD in: (G45)
Transitorisch-ischämische Attacke mit Stroke-Unit Behandlung	HD in: (G45) & OPS in: (8-981 8-98b)
Hüftgelenknahe Fraktur	HD in: (S720 S721) & Alter >19
Entbindung	(HD in: (Z37) | ND in: (Z37) | OPS in: (5720 5724 5725 5727 5728 5729 5730 5731 57322 57323 57324 57325 5732y 5733 5738 5739 5740 5741 5742 5745 5749 8515 9260 9261 9268)) & Alter >7 & Alter <59 & sex = female
Sepsis mit Organkomplikation [SIRS] oder Schock	HD in: (R572) | (HD in (A40 A41 R572) & ND in: (R651 R572))
Sepsis ohne Organkomplikation [SIRS] oder Schock	HD in (A40 A41) & ND not in: (R651 R572)
Notfallbehandlung bei Kindern	Alter <=14 & Aufnahmeanlass = N

noch: Tabelle A 5

Gruppe	Definition
Planbare Operationen bei bösartiger Neubildung	
Kolorektale Resektion bei Karzinom	HD in: (C18 C19 C20 C218 D010 D011 D012) & OPS in: (5455 5456 5458 5484 5485)
Magenresektionen bei Karzinom	HD in: (C16 D002) & OPS in: (5434 5435 5436 5437 5438 5439 5440 5441 5442 5443)
Speiseröhrenresektion bei Karzinom	HD in: (C15 C160 D001) & OPS in: (5423 5424 5425 5426 54270 54271 54380 54381 5438x)
Pankreasresektion bei Karzinom	HD in: (C25 C241 D136) & OPS in: (5524 5525)
Mammaresektion bei Karzinom	HD in: (C50 D05) & OPS in: (5872 5873 5874 5875 5876 5877 58701 58702 58703 58704 58705 58706 58708 587091 5870x 5870y 5870a 5871)
Typische planbare Operationen	
Hüftprothesen-Erstimplantation bei Koxarthrose	HD in: (M05 M06 M07 M08 M160 M161 M162 M163 M166 M167 M169 M87) & OPS in: (582000 582001 582002 582010 582011 582012 582020 582021 582022 582030 582031 582040 582041 582060 582061 582080 582081 582082 582092 582093 582094 582095 582096 5820x0 5820x1 5820x2)
Knieprothesen-Erstimplantation bei Gonarthrose	HD in: (M05 M06 M07 M08 M170 M171 M174 M175 M179 M87) & OPS in: (58221 58222 58223 58224 58226 58227 58229 5822a 5822b 5822d 5822e 5822g 5822h 5822j 5822k 582200 582201 582202)
Gallenblasenentfernung bei Gallensteinleiden	HD in: (K80) & ND not in: (C) & OPS in: (55110 55111 55112 5511x 5511y) & OPS not in: (55113 55114 55115)
Herniotomie ohne Darmoperation	HD in: (K40 K41 K42 K43) & OPS in: (5530 5531 5534 5535 5536) & OPS not in: (5451 5452 5453 5454 5455 5456 5458 5459 5460 5461 5462 5463 5464 5465 5466 5467 5468 5469 5484 5485 55304 55308 55314 55318) & Alter >=1
Ambulant-sensitive Behandlungen	
Asthma	HD in: (J450 J451 J458 J459 J46) & Alter >19
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	HD in: (J44) AND ND not in (C) & Alter >19
Herzinsuffizienz	HD in: (I50 I110 I130 I132) & Alter >19
Bluthochdruck	HD in: (I10 I119 I129 I139 I15) & Alter >19
Diabetes mellitus	HD in: (E10 E11 E12 E13 E14) & Alter >19
Vermutetes ambulantes Potenzial	
Extrakapsuläre Extraktion der Linse	DRG C08B
Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals	DRG D13B
Mäßig komplexe Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen	DRG D38Z
Unterbindung und Stripping von Venen	DRG F39B
Invasive kardiologische Diagnostik	DRG F49B
Andere Eingriffe am Anus	DRG G26B
Eingriffe an Knie, Ellenbogen und Unterarm	DRG I18B
Eingriffe bei Sinus pilonidalis	DRG J09B

Quelle: Eigene Zusammenstellung. – Anmerkung: HD: Hauptdiagnose; ND: Nebendiagnose; DRG: Diagnosis Related Group.





Das RWI wird vom Bund und vom Land
Nordrhein-Westfalen gefördert.